

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

L'APPAREIL SUSPENSEUR DU LARYNX.

Par **Pierre SEBILEAU.**

Le larynx est une membrane fibro-élastique tubulaire, caractérisée par la formation, en relief sur la face interne de ses parois, d'une double plicature, droite et gauche, ayant la même structure qu'elle : les cordes vocales.

Ce cornet, — comme disent les bouchers, — se continue en bas sans interruption avec la trachée, qui n'est elle-même qu'un tube membraneux élastique. L'un et l'autre sont tapissés par une membrane recouverte d'un épithélium de propulsion.

La qualité de cette membrane fibro-élastique enroulée qu'est le larynx varie suivant les régions. Mince en certains points, elle s'épaissit en d'autres (telles apparaissent les cordes vocales). Sur des territoires, ses éléments se différencient : ici ils deviennent fibro-cartilagineux (telle se montre l'épiglotte); là, ils sont tout à fait cartilagineux (tels se forment, dans le segment inférieur du tube, l'anneau cricoïdien, chapiteau de la trachée, et, dans la région postérieure de ce même tube, les pyramides aryténoïdiennes, en équilibre sur le limbe du chaton cricoïdien).

Tout autre se présente le cartilage thyroïdien, bouclier du larynx. Celui-ci n'est point, comme les précédents, une portion différenciée de la membrane fibro-élastique, mais bien une pièce de cet appareil de soutènement et de suspension que le squelette branchial forme au tube respiratoire. Je m'explique.

Tous les poissons et quelques batraciens exclusivement

aquatiques respirent par des branchies, sortes de houppes conjonctives vasculaires plus ou moins flottantes, qui plongent dans le milieu où vit l'animal qui les porte, c'est-à-dire dans l'eau.

Pour supporter les branchies, vrais poumons extériorisés, s'est constituée une sorte d'appareil à claire-voie, formé de six à sept arcs osseux ou cartilagineux, suspendus à la base du crâne, sur lesquels se fixent les lamelles, panaches ou arborisations vasculaires qui constituent les branchies.

Chacun de ces arcs, qui vont tous en s'amincissant d'arrière en avant, est formé de trois segments : un postérieur, *pièce articulaire*, qui s'applique contre la base du crâne; un moyen, *pièce branchiale*, qui porte la branchie; un antérieur, *pièce copulaire*, qui, sous le nom de symbranchial, unit l'arc branchial à son homonyme du côté opposé et forme avec lui une sorte de sternum cervical; car il n'est pas rare de voir plusieurs paires d'arcs branchiaux se réunir en un seul osselet copulaire.

Deux de ces six ou sept arcs branchiaux méritent une mention spéciale. Le premier qui, dans l'espèce, ne nous intéresse pas, contribue, sous le nom d'arc mandibulaire, à la formation des deux mâchoires. Mais le second, sous le nom d'arc hyoïdien, qui en haut s'articule au crâne par le moyen d'un suspensorium fibreux, cartilagineux ou osseux, adhère, en bas, au premier arc branchifère et s'épanouit en plusieurs rayons; ceux-ci, réunis entre eux par une double membrane, prennent part à la formation d'un appareil operculaire qui recouvre et ferme la cavité où s'épanouissent les branchies.

Bref, chez les animaux aquatiques, le squelette branchial suspend, supporte et protège l'appareil respiratoire. Eh bien, il ne se comporte pas autrement chez les animaux à respiration aérienne. C'est lui qui, d'une part, accroche à la base du crâne et, d'autre part, entoure et enveloppe le larynx d'où naît l'épanouissement broncho-pulmonaire.

Que devient, en effet, cet appareil branchial à mesure qu'apparaît, chez les amphibiens et les reptiles, puis se perfectionne, chez les oiseaux et les mammifères, la respiration aérienne? Le nombre des arcs branchiaux se réduit, et ceux-ci

n'ont plus qu'une existence éphémère ; ils s'atrophient après la naissance et ne sont plus autre chose que des organes rudimentaires ; mais ces organes rudimentaires conservent la signification qu'ils avaient chez les perennibranches à l'état d'organes parfaits. Tel nous apparaît le corps de l'os hyoïde, vestige du deuxième arc ; telles nous apparaissent les cornes hyoïdiennes, vestiges du troisième arc ; tel se montre encore le cartilage thyroïde, vestige du quatrième arc. Et, entre l'homme, où tout ce squelette branchial est réduit à sa plus simple expression, et les poissons, où il réalise son plus complet développement, il y a une chaîne ininterrompue d'intermédiaires.

Ainsi donc l'appareil suspenseur du larynx est formé : 1° Par l'os hyoïde et ses grandes cornes (troisième et quatrième arcs) ; 2° Par le cartilage thyroïde (quatrième arc). De même qu'on trouve chez les poissons, entre les lames branchiales, une cloison formée de tissu élastique et de faisceaux musculaires (muscles interbranchiaux), de même, chez les animaux à respiration aérienne, l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, unis l'un à l'autre par une membrane fibro-élastique et des muscles, forment un tout en quelque sorte indivis.

Peu différencié de l'appareil branchial chez les animaux aquatiques, où il n'est, en réalité, qu'un arc branchial modifié par l'exercice de l'appareil operculaire, régulateur de la déglutition respiratoire, l'os hyoïde, sur les reptiles, les oiseaux et les mammifères, tombe à l'état d'organe rudimentaire, voué aux nombreuses variations que lui impose la diversité de fonctions nouvelles. Devenu inutile à l'acte respiratoire, il s'accommode à la déglutition alimentaire, multiplie au besoin ses pièces et ses articulations pour assurer la protractilité de la langue, projette dans celle-ci les os entoglosses et se laisse absorber par les insertions des muscles, qui, du corps charnu de cette langue, rayonnent vers lui ; mais toujours il garde, dans sa morphologie changeante, les grands caractères qui témoignent de son origine : deuxième et troisième arcs qu'il est, l'os hyoïde conserve en cette qualité : 1° ses attaches à la base du crâne ; 2° ses rapports avec le premier arc ; 3° ses rapports avec le quatrième.

C'est à l'ensemble des pièces qui assurent ces relations qu'on donne le nom d'appareil hyoïdien, lequel est vraiment l'appareil suspenseur de la tubulure laryngo-trachéale.

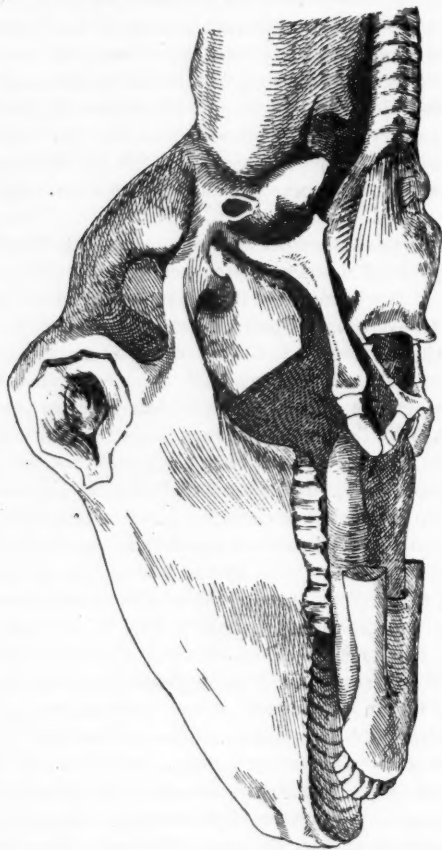


Fig. 1. — L'appareil hyo-thyroïdien du mouton (pièce disséquée dans mon laboratoire).

Des attaches de l'os hyoïde à la base du crâne et de ses rapports avec le quatrième arc, je ne dirai rien ici ; mais je veux montrer comment il se met en relation avec le qua-

trième arc, c'est-à-dire avec le cartilage thyroïde : ainsi sera-t-il prouvé que ce cartilage thyroïde n'est point proprement une pièce du larynx, ainsi qu'on a coutume d'en juger, mais bien, comme je le disais plus haut, un morceau

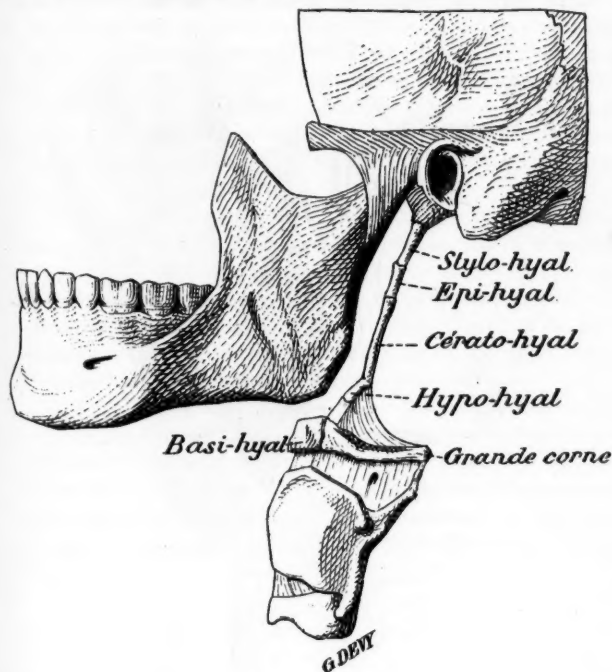


Fig. 2. — L'appareil hyo-thyroïdien de l'homme (pièce disséquée dans mon laboratoire).

en apparence, mais seulement en apparence, détaché de l'appareil branchial.

Les rapports de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde s'établissent : 1° par les grandes cornes ; 2° par la copule.

L'articulation bicératique est proche ou éloignée, suivant les animaux. Chez les rongeurs, où les grandes cornes sont

rudimentaires, l'os hyoïde paraît se détacher plus ou moins complètement du thyroïde, tandis que, chez l'ornithorynque, les grandes cornes s'élargissent et se soudent à ce point au cartilage thyroïde que les deux organes sont confondus; et cette dernière disposition peut, par anomalie réversible,

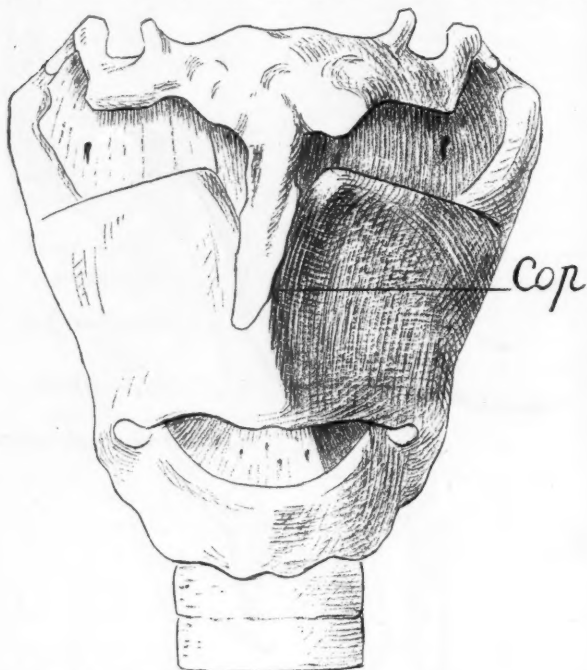


Fig. 3. — La pièce copulaire chez l'homme (pièce disséquée dans mon laboratoire).

s'observer chez l'homme où normalement se trouve réalisée la première. Debierre et Meunier ont, en effet, publié des exemples de fusion des cornes hyoïdiennes et thyroïdiennes; au reste, l'existence, pour ainsi dire normale, du cartilage triticé dans l'épaisseur des ligaments thyro-hyoïdiens latéraux est l'ébauche de cette disposition.

Plus intéressante est l'articulation copulaire. Il n'est pas rare, ai-je dit plus haut, de voir, chez les poissons, plusieurs arcs branchiaux se réunir sur la ligne médiane en une sorte de sternum cervical. Quelques reptiles à branchies caduques présentent une trace de cette disposition, et l'on voit chez eux l'arc hyoïdien se fusionner avec la pièce symbranchiale des arcs sous-jacents très amoindris. Il existe chez beaucoup d'oiseaux une disposition très curieuse : le corps de l'os hyoïde, dépourvu de grandes cornes, se prolonge, en arrière et en bas, en une sorte de queue, de tige cartilagineuse, l'urohyal, qui descend au-devant du larynx et vient, par un ligament lâche, se fixer sur lui.

L'homme réalise à titre exceptionnel cette disposition, ainsi que j'en ai observé un curieux exemple. Du tubercule de l'os hyoïde se détachait, pour se porter en bas et à droite, une apophyse osseuse, longue de 2 centimètres, qui se rétrécissait peu à peu, s'engageait dans l'échancrure du bord supérieur du thyroïde et s'épuisait enfin, assez aiguë, sur le bord antérieur du cartilage thyroïde, à mi-hauteur.

L'appareil hyoïdien et le cartilage thyroïde, rudiments de la formation branchiale, forment donc un tout dont plusieurs caractères démontrent l'unité d'origine ; et ce tout est proprement, chez les animaux porteurs de poumons comme chez les animaux porteurs de branchies permanentes ou caduques, l'appareil suspenseur et protecteur de l'organe respiratoire.

DE LA VALEUR DE LA RHINO-LARYNGOLOGIE EN PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Par **Marcel LERMOYEZ**

(Rapport présenté au 1^{er} Congrès international de Laryngologie,
Vienne, avril 1908.)

I

En l'été de l'année 1857, le professeur Ludwig fut prié par un primarius de l'Hôpital Général de Vienne de venir dans son service. Ce primarius se nommait Türk.

Türk raconta alors à Ludwig que depuis quelque temps, presque par hasard, il s'était mis à la recherche d'un instrument très simple permettant l'examen pratique de l'intérieur du larynx ; qu'il avait réussi, après de nombreux tâtonnements sur le cadavre ; et que désormais, à l'aide d'un petit miroir monté sur tige, il était capable de voir la glotte fonctionner chez le vivant. Ainsi il put montrer à Ludwig les cordes vocales d'un de ses malades.

A son tour, Ludwig révéla à Türk, qui paraissait l'ignorer, que deux ans auparavant, en 1855, un ténor espagnol, Manuel Garcia, avait fait une découverte analogue, et qu'il avait présenté son « laryngoscope » à la Royal Society de Londres, laquelle, d'ailleurs, l'avait accueilli avec une incrédulité correcte.

Ludwig aurait pu ajouter que Garcia lui-même avait eu un précurseur méconnu, Beaumès (de Lyon), qui pratiquait couramment, en 1838, la laryngoscopie et la rhinoscopie postérieure avec un même miroir. Et Beaumès aussi avait été devancé en Angleterre par Babington, lequel, dès 1829, il y a quatre-vingts ans, usait d'un miroir laryngé analogue au nôtre, le « glottiscope ».

Ces inventeurs de génie s'ignoraient mutuellement, parce que leurs contemporains, imbus d'idées générales, n'accordaient aucune attention à leurs travaux. Le laryngoscope naissait et mourait avec eux. A Londres, la découverte de Garcia fut généralement considérée comme un amusement physiologique sans portée. Türk, lui-même, semble n'avoir pas tout d'abord fondé de grandes espérances sur son miroir. Il fallait, pour que le laryngoscope secouât le monde et le forçât à croire en lui, un vulgarisateur ardent, un apôtre remueur de foules. CZERMAK fut cet homme.

A mesure que les agitations de l'heure présente tombent dans le calme du passé mort, la vérité se précise. Dans la perspective de l'histoire, les grandes lignes de l'horizon se dégagent du voile de détails qui les masque : une juste mise au point s'effectue. Or, trois noms ont droit aujourd'hui à notre reconnaissance : Garcia, qui découvrit le laryngoscope ; Türk, qui inventa la laryngologie ; Czermak, qui la perfectionna, la diffusa, et de recherches discrètes sut faire une science mondiale.

N'est-ce pas vraiment un étrange contraste, Messieurs, que de voir l'ophtalmoscopie, à peine conçue, conquérir l'univers à la volée, et d'assister à l'enfantement pénible de la laryngoscopie, qui dut s'y reprendre à plusieurs fois pour naître, et ne put que très lentement grandir ? A Vienne, en 1861, on n'en parlait plus dans les cercles médicaux !

Un préjugé tenace arrêtait l'essor de la science neuve : tout le monde était persuadé que la gorge serait trop sensible pour se laisser ainsi explorer. Moritz Schmidt racontait plaisamment que son étonnement fut grand de ne pas vomir son déjeuner quand Czermack le laryngoscopia pour la première fois à Londres, en 1862. D'ailleurs, ajoutait-il, Garcia et Czermak, qui furent avant tout des auto-observateurs, avaient la gorge très tolérante ; et c'est à cela qu'ils durent d'être encouragés à poursuivre leurs recherches. On frémit en songeant que, si nos deux ancêtres avaient eu des réflexes pharyngés récalcitrants, peut-être aucun des médecins ici présents ne serait laryngologiste !

*
* *

En 1836, Johann Czermak était professeur de physiologie à l'Université de Cracovie. Ayant pris connaissance des travaux de Garcia, il voulut se consacrer en toute liberté à l'étude de la physiologie vocale : il abandonna sa chaire et alla se fixer à Vienne, en 1837. Là, un jour qu'il dinait à la brasserie en compagnie des professeurs Ludwig et Brücke, il vint à parler de ce qu'il appelait déjà la « laryngoscopie ».

Il apprit alors de ses commensaux qu'un primarius de l'*Allgemeines Krankenhaus* faisait précisément des recherches du même ordre. Immédiatement, il alla voir Türk, se fit expliquer la technique de sa méthode, dont la principale originalité était la traction de la langue, et emprunta même au primarius un de ses miroirs, lui assurant que son seul but était de répéter les auto-observations physiologiques de Garcia.

Türk s'y était complaisamment prêté. Grand fut donc son désappointement, alors qu'il n'avait encore rien publié de ses recherches personnelles, de lire, le 27 mars 1838, dans le n° 13 de la *Wiener medizinische Wochenschrift*, un article enflammé de Czermak, où celui-ci annonçait au monde médical la naissance d'une branche nouvelle de la médecine, la laryngologie...

Czermak s'était hâté de prendre les devants. Türk, indigné, protesta si bien que, le 9 avril suivant, à la séance de la Société impériale-royale des Médecins de Vienne, Czermak dut reconnaître la priorité des recherches du primarius viennois.

Trois mois plus tard, en juillet 1838, parut le célèbre mémoire de Türk intitulé : *Der Kehlkopfkrachenspiegel und die Methode seines Gebrauches*. La LARYNGOLOGIE classique date réellement de ce jour.

La précipitation de Czermak s'excuse par son caractère ardent, qui fit s'enthousiasmer sur l'avenir d'une invention dont il était le seul alors à prévoir la splendide fortune. Elle s'explique aussi par les perfectionnements considérables qu'il apporta à l'œuvre de Türk. Celui-ci, comme Garcia, ne savait

s'éclairer qu'avec la lumière solaire : aussi cessa-t-il ses recherches quand l'hiver vint assombrir le ciel de Vienne, comptant les reprendre au printemps suivant.

Pendant son repos d'hivernage, Czermak, au contraire, travaillait activement dans cette même ville de Vienne. Il comprit que la laryngoscopie n'aurait aucun avenir si elle se bornait à être un sport d'été, sinon, comme l'a spirituellement dit B. Fränkel, elle ne nous aurait pas été plus utile qu'un cadran solaire ne nous sert à connaître le début de l'an nouveau dans la nuit de la Saint-Sylvestre. Il eut l'idée féconde d'appliquer à la science nouvelle l'éclairage artificiel, lequel lui permit d'exister de tout temps ; et il la dota d'une jeune sœur, la rhinoscopie postérieure. Et surtout il entrevit que les laryngologistes de l'avenir ne se contenteraient pas de regarder, mais qu'ils voudraient agir ; il pressentit que l'œil serait le guide de la main pour lui donner accès dans cet organe encore inviolé ; et dans cette direction il orienta la laryngologie.

Pendant les années qui suivirent, Czermak continua ses recherches à Pest, où la renommée de ses travaux venait de le faire nommer professeur. Il entreprit ensuite un long voyage de propagande en Europe, lequel aida puissamment à la diffusion de la technique nouvelle. Türk resta à Vienne, perfectionna encore son œuvre, et fit paraître en 1866 son livre : *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, dont on ne saurait mieux dire qu'il est notre Bible.

Peu nous importent aujourd'hui ces mesquines discussions de priorité. L'Académie des Sciences de Paris avait sagement jugé leur inanité, en 1860, lorsqu'elle partageait également son prix Monthyon entre ces deux hommes. Leurs œuvres, en effet, s'associent et se complètent. Leur création fut grande, parce que, dans un double éclair de génie, elle fit de rien un tout, tira le larynx de l'obscurité où il se cachait pour le présenter au grand jour, et transforma les vagues subjectivités qui traduisaient jusqu'alors les souffrances de cet organe en indiscutables objectivités anatomo-pathologiques.

Grâce à ces hommes, la laryngologie naquit si parfaite que ce qu'un demi-siècle de recherches ultérieures lui a ajouté

compte peu en face de ce qu'ils y ont mis eux-mêmes. Le livre de Türk fait encore loi. Et on n'a rien trouvé de plus simple que la technique de Czermak.

Or nous voici réunis aujourd'hui en la même ville, où il y a cinquante ans put éclore cette invention mémorable, pour célébrer dans une gloire commune les hommes qui firent faire à la médecine interne un des plus grands progrès qu'elle ait réalisés depuis la découverte de l'auscultation. Désormais, la pathologie des voies aériennes s'était complétée. A côté des noms de Laennec et de Skoda, elle allait écrire ceux de Türk et de Czermak.

II

La laryngoscopie avait donné le jour à la laryngologie : de celle-ci allait bientôt naître la LARYNGOTHÉRAPIE. D'abord timide et médicale, elle borna sa suprême audace à badigeonner la glotte ; puis elle s'enhardit à devenir chirurgicale. Et alors apparut la médecine opératoire endo-laryngée : méthode élégante, qui mettait sa coquetterie à agir exclusivement par les voies naturelles et sous le contrôle incessant de la vue : mais aussi méthode de difficulté, exigeant de ses adeptes une invraisemblable dextérité.

Ce fut là un des premiers services que le laryngoscope rendit à la médecine, et non des moindres. Avant ce progrès, les malheureux porteurs de sténoses laryngées n'avaient d'autre consolation que de promener jusqu'à la mort leur enrouement et leur dyspnée dans les pharmacies et les stations thermales. Certes, on savait, depuis que Morgagni l'avait écrit en 1704, que le larynx peut tuer tout comme le poumon : mais qu'y faire ? Lieutaud avait démontré, en 1767, l'existence de tumeurs asphyxiantes du larynx, ce qui, trente-quatre ans plus tard, en 1801, amena Desault à proposer la laryngotomie : on devait ainsi supprimer à la fois l'effet et la cause de l'asphyxie. C'était toutefois, à l'ère préantiseptique, une opération trop risquée. Ehrmann la réussit le premier à Strasbourg, en 1844, sur un larynx bourré de papillomes ; mais ce succès fut isolé. Il ne restait donc alors à ces malades, pour fuir la mort, que d'accepter la vieille opération d'Asclépiade, que Trousseau

venait de remettre en honneur, la trachéotomie ; ainsi ils se résignaient à vivre infirmes, ... quand la chirurgie endolaryngée vint brusquement changer leur sort.

Il est intéressant d'apprendre que, plus d'un siècle avant la découverte du laryngoscope, des opérations endolaryngées avaient été tentées et réussies. Dès 1750, un Belge, Köderik, avait enlevé par voie buccale une grosse tumeur du larynx, avec un écraseur imité de celui que Levret venait d'imaginer en France.

En 1852, Horace Green, en 1853, Middeldorp publièrent des cas analogues : c'étaient des succès de haute curiosité, mais de conséquence pratique nulle, car le hasard, et non la méthode, les avait favorisés.

Il est classique d'admettre que la chirurgie endolaryngée date de Von Bruns, lequel donna naissance à cette erreur en intitulant sa publication : *Die erste Ausröftung eines Polypen der Kehlkophöhle*, 1862. Il s'agissait de son frère, auquel, sous le contrôle du miroir, il avait enlevé une tumeur à l'aide d'une pince laryngienne. Or, bien avant que cela ne se passât à Tubingen, Lewin avait pratiqué une semblable opération à Berlin, le 20 juillet 1860 ; les premières tentatives de Von Bruns ne commencèrent qu'un an plus tard. Une vive contestation de priorité s'éleva naturellement entre ces deux hommes : elle eut l'heureux effet d'attirer l'attention sur la question. Dans la suite, en 1865, Von Bruns rapporta une série de seize cas heureux. Schrötter, Fauvel, Morell-Mackenzie vulgarisèrent en Europe cette néochirurgie.

Et, de ce jour, l'enrouement et la dyspnée purent être rationnellement traités et souvent guéris, grâce à notre technique endoscopique et endotherapique. La laryngologie n'aurait-elle à son actif que ce résultat qu'elle aurait le droit d'en être fière.

Cultivons cette fierté, Messieurs ; conservons jalousement l'héritage scientifique que nous ont transmis nos prédécesseurs. Et, sans toutefois méconnaître les services que nous rendent les opérations par voie externe, gardons-nous de l'enthousiasme irréfléchi qui semble entraîner la jeune génération vers les grandes hardiesses opératoires. Restons avant tout laryngologues ; craignons, sous une fausse apparence de progrès,

de faire marche en arrière, de rejeter inconsciemment la laryngologie entre les bras de la chirurgie générale, d'où nos pères eurent tant de peine à l'arracher depuis cinquante ans.

III

Ce fut en 1860 qu'à peine âgée de deux ans la laryngologie laissa entrevoir les ressources qu'elle pouvait fournir à la pathologie générale. Cette année-là, une communication de Traube fit sensation : un anévrysme latent de la crosse de l'aorte avait été dépisté par la constatation d'une paralysie de la corde vocale gauche. Ainsi déjà notre petit miroir affirmait la valeur de son diagnostic, et en même temps s'ouvrait en nosologie le grand chapitre des PARALYSIES LARYNGÉES.

Deux hommes tout d'abord comprirent l'importance de cette nouveauté et travaillèrent à la mettre au point : Gerhardt, qui, dès 1863, publiait une étude d'ensemble sur les paralysies laryngées ; Türck, dont le traité classique fixa définitivement en 1866 les types cliniques de ces paralysies et en établit le groupement étiologique. Presque en même temps, Morell-Mackenzie en étudiait le traitement électrique.

Dix ans plus tard, une bruyante découverte de Semon ramenait de nouveau sur ce point l'attention des laryngologistes.

Dès 1869, Riegel avait distingué, dans le groupe des paralysies laryngées, un type à physionomie propre, la paralysie des dilatateurs de la glotte ; et il avait, une fois pour toutes, fixé les traits cliniques de sa *Posticuslähmung*.

La physiologie pathologique en était encore inconnue, quand, à la suite de nombreuses recherches cliniques et anatomopathologiques, entreprises dès 1876, Semon put émettre une proposition, qui d'emblée eut un tel retentissement qu'elle prit le nom de LOI DE SEMON. « Dans toutes les paralysies organiques progressives des nerfs laryngés (récurrents), les dilatateurs de la glotte sont toujours atteints les premiers ; dans les paralysies fonctionnelles, les constricteurs sont presque toujours atteints les premiers. — Toute lésion centrale ou périphérique du

récurrent, si elle est partielle, provoque de la paralysie incomplète, qui se traduit par la position médiane d'une corde vocale ; toute lésion totale entraîne une paralysie complète, qui s'exprime par une position intermédiaire (cadavérique) de la corde. » Il n'y a pas lieu de s'attarder ici à rappeler les ardentes réclamations de priorité que ne manqua pas d'entraîner cette découverte, non plus que d'énumérer les innombrables travaux qui s'accumulèrent dans le but de l'ébranler : sinon pour faire ressortir que ces luttes affirment l'importance de la loi de Semon, qui devint dès lors entre les mains des cliniciens un puissant moyen de diagnostic.

En la voulant combattre par des recherches restées classiques, Krause eut la bonne fortune de découvrir dans le cerveau le centre cortical du larynx phonatoire, situé symétriquement dans chaque hémisphère, à la partie antéro-externe du gyrus précrucial, chez le chien. Ce territoire préside à l'adduction volontaire des cordes. Cette localisation eut la chance de ne pas être contestée ; mais Masini, Semon et Horsley démontrèrent l'effet bilatéral de l'excitation de chaque centre.

De tous ces admirables travaux découlent d'heureuses conséquences pour la clinique. Le miroir laryngoscopique devient désormais entre nos mains un puissant auxiliaire pour le diagnostic de toutes les lésions qui s'échelonnent depuis le crâne jusqu'au thorax, sur le trajet des récurrents. Si des cas, tels que ceux de Garel et Dor, sont rares, où la vue de la glotte révèle l'état de l'écorce cérébrale, que de fois, au contraire, le laryngoscope ne nous renseigne-t-il pas sur les souffrances du bulbe rachidien ?

On ne peut compter les tabes dépistés par la constatation d'une paralysie des dilatateurs, et les ataxiques insoupçonnés doivent au miroir une double reconnaissance, de déterminer leur mal et de prévenir leurs accidents brusques d'asphyxie mortelle, alors que la parésie des dilatateurs ne se révèle encore que par son image. Mais c'est surtout pour interroger le thorax, comme l'avait vu le premier Gérhardt, que le laryngoscope est indispensable. Par lui, le médecin reconnaît souvent des affections intrathoraciques, alors qu'elles ne s'affirment encore par aucun autre symptôme que par des

troubles glottiques; et leur danger est ainsi prévu de bonne heure. On pourrait dire que le larynx est le manomètre du thorax. A constater la moindre irrégularité dans la motilité des cordes, le médecin est prévenu que quelque chose d'anormal se passe dans les profondeurs de la poitrine et est invité d'avoir à se tenir prêt à y porter remède. Ainsi le chauffeur lit sur l'écart anormal de l'aiguille du cadran de son manomètre que la pression devient excessive dans la chaudière, longtemps avant qu'une explosion ne lui en vienne donner la démonstration brutale.

IV

Cependant les étonnements du laryngoscope avaient accaparé l'attention des spécialistes sur l'organe vocal; et le nez, vieille terre médicale explorée au ^{xiii}^e siècle par Arnold de Villanova, demeurait en friche, quand, en 1868, un des plus grands événements médicaux du ^{xix}^e siècle en fit la fortune : la révélation des VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES.

A Wilhelm Meyer revient tout le mérite de cette admirable découverte : car Schopenhauer nous dit que celui-là seul est inventeur qui sait faire valoir son invention. Certes l'auriste danois avait eu des précurseurs. Déjà Boyer (de Lyon), vers 1840, améliorait la surdité en cautérisant à l'aveugle le naso-pharynx. En 1863, Czermak avait décrit en cette région des saillies en forme de crêtes de coq; et de même Löwenberg, à Paris, en 1865. Mais nul de ceux qui, pendant dix ans, avaient couramment pratiqué la rhinoscopie postérieure ne soupçonnaient la fréquence ni l'importance de ces lésions; et il y a quelque confusion pour nous à reconnaître que c'est un auriste, tout à fait ignorant de notre technique, qui fut, a-t-on dit, le Christophe Colomb du pharynx nasal.

On sait l'histoire de cette découverte.

Un jour, c'était le 22 octobre 1867, Meyer fut consulté par une paysanne de vingt ans, venue du Jutland. Elle était sourde; sa voix était sans timbre, et sa bouche ouverte donnait à son visage une expression idiote. Meyer soigna ses oreilles classiquement, mais en vain. Alors, au lieu de la renvoyer consolée de bonnes paroles ou munie d'un traite-

ment général, ce qui est tout un, il introduisit son doigt dans sa bouche, jusqu'à pénétrer dans l'espace qui est situé entre le nez et la gorge : et là, au lieu de se trouver dans une cavité vide, il se heurta à une masse molle et saignante qui l'emplissait. « Il venait, dit Semon, de découvrir une terre inconnue. » Enlever ces masses végétantes et assister alors à la disparition rapide de tous les symptômes réputés incurables fut pour Meyer la continuation de l'étonnement. Avec cet instinct des hommes supérieurs qui savent des petites causes déduire de grands effets, il ne lâcha plus le fil que le hasard avait mis dans sa main ; et, lui attachant toute son existence, il écrivit cette belle page qu'est le chapitre des végétations adénoïdes du pharynx nasal : si parfait en sa conception que l'avenir le confirma de tous points.

Ce fut d'abord le siège et la nature de ces végétations qu'il précisa. Puis, quittant la terre-à-terre de la spécialité pour planer en pleine pathologie générale, il s'attacha surtout à étudier le grand syndrome de l'OBSTRUCTION NASALE, que, dès 1844, Piorry baptisait *Rhinostenoma* et reprochait aux médecins de méconnaître ; il montra à sa faveur l'ouïe qui décline, le corps qui se déforme, l'intelligence qui s'assoupit. Il nous enseigna, à l'imitation de l'amygdalotomie, le moyen de guérir vite et bien tous ces petits êtres sourds, ronflants, déformés, arriérés, qu'auristes, chirurgiens et médecins se disputaient depuis des années, comme victimes inutiles de leur sonde, de leur amygdalotome ou de leur huile de foie de morue.

La rhinologie doit à Meyer l'éclat dont elle brille aujourd'hui. Grâce à lui, elle a doté la pathologie générale d'une de ses plus belles conquêtes ; à l'heure actuelle, le cavum et l'appendice, garnis d'un même tissu adénoïde, se partagent la médecine infantile. Elle peut même se glorifier d'être un bienfait social, car elle supprime, par son couteau annulaire, tout un rebut de sourds et d'amaigris, qui fut longtemps une des tares de l'espèce humaine.

Moritz Schmidt s'est demandé ce que serait devenu la puissance espagnole si les rois adénoïdiens que furent Charles-Quint et ses descendants avaient été diagnostiqués et opérés ?

V

Au cours de l'année 1877, un habitant de Dantzig souffrit d'une carie dentaire, qui fut suivie d'accidents nasaux. Ce n'était certes pas la première fois que pareil événement se produisait : on raconte, dans les coulisses de l'histoire, que Louis XIV, roi de France, en fut victime : le Roi Soleil aurait été punais... Or, cette fois, le patient était un rhinologiste très avisé, qui sut faire servir son mal au bien de l'humanité.

Ziem avait une molaire supérieure cariée. Un jour, elle lui fit mal. Il s'en alla chez son dentiste, qui la pansa avec une pâte arsenicale. Malheureusement, ce pansement ne put être enlevé qu'au bout de douze jours. Entre temps, s'était déclaré dans la fosse nasale correspondante un écoulement purulent fétide. Tous les traitements alors classiques en rhinologie furent mis en œuvre par Ziem pour guérir ce qu'il appelait son « ozène unilatéral » : rien n'y fit, pas même un séjour de deux ans au soleil siccatif de l'Égypte. En 1883, Ziem résolut de faire ouvrir son sinus maxillaire, qu'il pensait bien être la source de cet écoulement nasal. Il eut peine à trouver un chirurgien qui consentit à l'opérer, car tous les signes officiels de l'abcès du sinus maxillaire manquaient. Cependant son sinus, ouvert par la voie alvéolaire, donna, suivant ses prévisions, issue à un flot de pus fétide ; après quelques incidents, la suppuration nasale, vieille de six ans, cessa. Et, fait qui étonna peut-être plus encore Ziem, son nez, tout à fait obstrué d'un côté, redevint spontanément perméable, sans qu'il fût nécessaire de faire usage du galvanocautère.

Ziem, payant ainsi de sa personne, venait d'enrichir la rhinologie d'une de ses plus importantes acquisitions : les EMPYÈMES LATENTS DES SINUS (empyèmes ouverts).

Avant lui, l'histoire des suppurations des sinus de la face n'occupait que quelques pages dans les traités classiques. Le plus avisé des diagnostiques ne les pouvait reconnaître que quand elles venaient se montrer au médecin en soulevant les téguments de la face ; il fallait, pour qu'il les trouvât,

qu'elles voulussent bien sortir de leur cachette, en un mot s'extérioriser. On ne connaissait que ce qu'on a appelé depuis lors les empyèmes fermés : or ceux-ci sont rares. D'ailleurs, à l'imitation de Cowper, de Desault, de Jourdain, seuls les chirurgiens s'en occupaient.

Michel (de Cologne) paraît avoir été, en 1876, le premier rhinologiste qui prit garde aux suppurations sinusales : mais sa conception fausse de l'ozène, syndrome sinusogène, fut assez mal accueillie ; et il fallut attendre la maladie de Ziem pour que fussent convaincus les spécialistes.

Dès lors, à partir de 1885, une véritable fièvre de recherches se déclina sur la rhinologie. Non pas seulement le sinus maxillaire, mais tous les gisements de pus des autres cavités périmasales furent explorés. N'y avait-il point lieu de se réjouir à voir démasquée la cause de la plupart des rhinorrhées, presque au même temps où les gynécologistes s'enthousiasmaient chirurgicalement en trouvant dans les salpingites l'origine des suppurations génitales ? Ziem, Lichtwitz imaginèrent la ponction, le lavage explorateur. Heryng, Vohsen mirent au point l'élégante méthode de diagnostic par transillumination, depuis longtemps, d'ailleurs, indiquée par Voltolini (dont le nom se rencontre à chaque pas, car peu d'hommes eurent autant d'idées ingénieuses et fécondes pour la rhinologie). Grünwald, Woakes allèrent plus loin en nous montrant les sinusites latentes, les ethmoïdites surtout, embusquées derrière la plupart des polypes du nez : tandis que les travaux de Zuckerkandl donnaient à toutes ces recherches les solides assises de ses descriptions anatomiques.

En même temps on s'apprenait à tarir ces foyers de suppuration. Kunht, Hajek, Luc, Killian imaginaient d'heureux procédés opératoires.

En guérissant ainsi ces sinusites, non seulement on faisait disparaître les troubles nasaux qu'elles engendraient, mais on voyait aussi, avec quelque étonnement s'évanouir des céphalées tenaces, cesser des anémies rebelles, rétrocéder des neurasthénies progressives, qui n'étaient, en somme, que l'expression polymorphe d'une septico-pyohémie chronique, à siège jusqu'alors inconnu.

Ainsi la dent cariée de Ziem fut une des bienfaitrices de notre spécialité.

Les découvertes de Meyer et de Ziem, toutes deux dues à un hasard judicieusement interprété, ont pour nous une valeur adéquate. Elles n'ont pas seulement ouvert dans les livres rhinologiques les deux chapitres les plus importants : l'une et l'autre ont fait plus encore en montrant le rôle que joue le nez en pathologie générale. Les végétations adénoïdes de Meyer nous ont appris les conséquences redoutables de l'obstruction nasale. Les empyèmes latents de Ziem nous ont montré l'influence non moins grave des INFECTIONS NASALES. Nez bouché, nez suppurant sont deux grosses menaces pour notre organisme. Ils constituent, dès lors, les deux termes majeurs de la trilogie nasale, qui va bientôt se compléter bruyamment par la mise au jour des célèbres réflexes rhinogènes.

VI

Ainsi que Minerve sortit toute armée du cerveau de Jupiter, les végétations adénoïdes avaient apparu d'emblée sous le doigt inquisiteur de Meyer ; et les empyèmes latents des sinus étaient nés viables de la dent de Ziem. La genèse des RÉFLEXES NASAUX fut infiniment plus lente, plus laborieuse. Sans remonter à Cœlius Aurelianus, qui s'étonnerait sans doute de voir ici rappeler sa théorie des dyspnées spasmodiques, il n'est que juste de parler de Deschamps fils, lequel publia à Paris, en 1804, le premier *Traité des maladies des fosses nasales et de leurs sinus*, où il est dit que la migraine est causée par le nez. Quarante ans plus tard, Piorry est infiniment plus explicite. Insistant sur la nécessité du bon fonctionnement nasal pour le maintien de la santé générale, il déclare que la migraine est au nez ce que l'iridalgie est à l'œil, et il ajoute que l'asthme aussi est fonction de lésions nasales ; seul, le mot de « névroses réflexes » manque à son travail pour le moderniser. Cependant, à cela nul ne fit attention. Il fallut arriver en 1871 pour voir cette question prendre corps. S'appuyant sur les recherches de Johannès Müller, Voltolini démontra les rapports de l'asthme avec les polypes du nez et enseigna à

le guérir en enlevant ceux-ci. B. Fränkel confirma ce fait et le rendit classique.

Mais voici qu'en 1881 cette question prend une ampleur invraisemblable, à dater des travaux de Hack. Ce n'est plus seulement l'asthme, c'est la névralgie faciale, la toux que peut éveiller une réaction morbide de la pituitaire ; et il n'est plus nécessaire, pour ce faire, qu'il se trouve dans le nez des polypes : une banale rhinite hypertrophique, le simple gonflement de la tête du cornet inférieur y suffisent.

Hack eut bientôt des disciples en foule, dont l'enthousiasme fut au moins irréfléchi. Les fosses nasales pouvaient paraître saines : elles n'en étaient pas moins incriminées ; sur une muqueuse normale on savait découvrir maintes zones spasmogènes. Et, ainsi accusé à tout propos, le nez devint coupable de tous les maléfices : l'épilepsie, la chorée, le goitre exophtalmique, que sais-je encore, naissaient de ses œuvres. Un rhinologiste d'avant-garde inventa même le diabète nasal. Partout et toujours, en tout, on retrouvait la sinistre influence du nez ; peu à peu, la nosologie se transformait en « nasologie ».

Or Hack avait mis le remède à côté du mal, remède bien simple, trop simple même, rien qu'un attouchement de la muqueuse des cornets avec le galvanocautère qu'avait inventé Middeldorp en 1854. Et, comme tout spécialiste de six semaines se croyait en état de l'appliquer, sans technique difficile à apprendre, sans complication opératoire à redouter, et comme, presque à la même époque, la découverte de l'anesthésie cocaïnique venait encore encourager de telles manœuvres, on se mit à brûler le nez à tout propos. Dyspnée cardiaque, céphalée urémique, toux des phtisiques furent ainsi attaquées.

Dann wird die Nase ausgebrannt,
Denn das hilft immer wie bekannt.

La cautérisation nasale devenait le jeu favori des rhinologistes. Plus tard, dans notre histoire, la fin du XIX^e siècle méritera d'être appelée « l'âge du galvanocautère ».

Heureusement, la réaction s'est faite aujourd'hui. Une juste

mise au point nous montre, derrière cette fureur incendiaire, les réels services que nous ont rendus les travaux de Hack. Ils ont mis le nez à la mode. Exploitant cet amour du mystérieux qui est inné chez l'homme, et nous fait plus admirer le geste facile et étrange qui brûle un cornet pour guérir une dysménorrhée que l'acte ardu et logique qui ouvre un sinus pour tarir une suppuration nasale, la théorie de Hack a révélé la rhinologie au grand public médical ; il la critiqua, donc il la connut. Elle a réalisé le vœu de Piorry, qui voulait que médecins internes plus encore que chirurgiens s'occupassent du nez : car le « bluff » qui s'est fait autour des réflexes nasaux a été pour la rhinologie une excellente réclame, forçant l'attention et la retenant, en même temps, sur les sujets plus sérieux de l'obstruction et de l'infection nasales.

Cependant qu'elle prenait droit de cité en pathologie générale, la rhinologie grandissait aussi d'importance pour les spécialistes. Dans la course qu'elle faisait, depuis Türk et Czermak, avec la laryngologie, toujours en arrière jusqu'en 1881, elle a, sous l'impulsion de Hack, définitivement pris l'avance sur sa rivale. On pense aujourd'hui que le larynx est un instrument de musique dont on peut se passer, mais que le nez est un organe vital, faute duquel on meurt tôt ou tard. Le larynx est un lieu de transit ; le nez est une des portes qui gardent notre existence.

VII

Le temps me manque, Messieurs, pour vous dire encore l'aide qu'apportent journellement aux faiblesses de la clinique notre spéculum nasal et notre miroir laryngien. Combien de patients, venus dans notre cabinet en proie à des souffrances mal déterminées, en sortent munis d'un diagnostic précis ! On ne compte plus les tuberculoses décelées par la vue d'une glotte ulcérée, les syphilis latentes démasquées par la constatation d'une gomme nasale, les albuminuries, les diabètes dépistés par les altérations des muqueuses pharyngées. Nos diagnostics sont des révélations tellement inattendues qu'ils soulèvent parfois l'incrédulité.

Je me hâte de terminer par une question à l'ordre du jour : la bronchoscopie.

VIII

Quiconque a fréquenté un laboratoire de physiologie sait qu'il est facile d'observer directement le larynx du chien. Il suffit pour cela de regarder dans la gueule grande ouverte, en tirant la langue au dehors ; dans cette attitude, l'axe du conduit laryngo-trachéal vient se placer sur le prolongement de l'axe de la cavité bucco-pharyngée.

Une telle manœuvre ne donne point le même résultat chez l'homme : car les axes buccal et laryngé forment un angle droit, qui intercepte la vue.

Levret fut l'un des premiers, vers 1743, à prétendre plonger ses regards dans l'intérieur des corps vivants : mais il s'était heurté à ce promontoire derrière lequel se dissimulaient des terres ignorées, et il dut renoncer à le franchir. Ce « cap de Bonne-Espérance » garda son secret pendant plus d'un siècle, jusqu'au jour où Garcia vint le lui arracher en imaginant la laryngoscopie indirecte.

Cependant le miroir ne fit que reculer l'obstacle : l'horizon des régions respiratoires se montrait encore limité aux laryngologistes qui l'exploraient.

On pouvait bien voir jusqu'à la glotte, mais, au delà d'elle, les instruments ne portaient plus ; c'était encore une *terra ignota*. Il est vrai que, chez certains sujets favorables, à voies aériennes larges et droites, et en employant une très ingénieuse modification au procédé classique de la laryngoscopie (position de Killian), il arrivait qu'on pût assez facilement voir la trachée jusqu'à sa bifurcation : mais c'était là un succès d'exception. Quant à examiner l'intérieur des bronches, qui donc y eût songé ?

Or, — fait curieux et qui montre que l'histoire se recommence sans cesse, — ce fut en faisant marche arrière et en revenant à la méthode d'examen direct des anciens qu'on solutionna ce nouveau problème. Ce « vieux-neuf », qui avait été stérile pour le larynx, devint fécond pour la trachée ; il donna naissance à la dernière-née de nos œuvres, la BRONCHOSCOPIE.

Voici quelle est sa généalogie.

En 1805, Bozzini, s'inspirant des travaux de Levret, proposa l'endoscopie directe, comme méthode générale d'examen de nos cavités. En 1853, Désormeaux inventa l'urétroscope. En 1858, Küssmaul appliqua à l'œsophage l'instrumentation du chirurgien français et imagina l'œsophagoscopie. Certes, Störk, Morell-Mackenzie avaient fait d'heureuses tentatives dans ce sens : elles eurent peu de retentissement ; et on peut dire que réellement c'est à Fribourg-en-Brigau que l'œsophagoscopie est née. Il semble que ce pays soit particulièrement favorable à la culture de l'endoscopie, puisque, trente ans plus tard, en cette même terre, elle y va prendre son épanouissement complet entre les mains de Killian.

Cependant, déjà en 1874, à l'imitation des endoscopistes, Voltolini, — intuitif précurseur de toutes nos découvertes, — avait eu l'idée d'introduire un spéculum de Brunton à travers l'orifice d'un trachéotomisé ; il avait pu ainsi inspecter la trachée. Von Schrötter comprit l'importance de cette observation isolée et étendit ses applications. Ce fut surtout Pieniaczek qui, vers 1884, simplifia et perfectionna la technique de cette « trachéoscopie inférieure » ; il introduisit des tubes dans la trachée et vit ainsi l'origine des bronches. On ne pouvait pas dire de cette méthode qu'elle fût d'application courante, puisqu'elle exigeait une trachéotomie préalable. La trachéoscopie indirecte au miroir, bien que difficile et infidèle, demeurait donc encore notre seul moyen d'exploration usuel.

Or, il arriva, vers cette époque, que l'œsophagoscopie, dont chaque pas remorque à sa suite la trachéoscopie, prit une grande avance sous l'impulsion de Mickulicz, lequel reconnut que la technique de Küssmaul était applicable à tout individu normal, et non point seulement aux avaleurs de sabre. Et ceci, en la fin de l'année 1894, conduisit Kirstein à sa découverte de l'« autoscopie laryngée », laquelle eut bientôt les conséquences les plus heureuses.

L'autoscopie de Kirstein n'est autre chose que la « laryngoscopie directe ». Nulle pratique n'est plus simple, au moins dans le principe. Elle n'est, au dire de son inventeur lui-même,

qu'une réforme de la vieille technique de la spatule linguale. Faites pencher le corps en avant, rejeter la tête en arrière et ouvrir la bouche ; puis, avec une spatule, déprimez la langue aussi loin que possible : vous y creusez ainsi une gouttière, qui a la même direction que le canal laryngo-trachéal. Et voilà tout. Toutefois, la mise en pratique en est plus difficile. Dès son apparition, l'autoscopie eut à lutter contre la ligue des médecins, de qui elle exigeait un grand entraînement, et des patients, qu'elle impressionnait beaucoup plus péniblement que la laryngoscopie indirecte : aussi eut-elle peine à conquérir son droit de cité. On la réservait aux enfants, chez qui elle permet, sous narcose, d'exécuter facilement l'exploration et la chirurgie de l'endolarynx, chose infiniment malaisée à cet âge à l'aide du miroir classique. Elle méritait cependant mieux, car elle contenait en germe la découverte de Killian.

Ce fut en 1897, deux ans plus tard, que Killian, ayant aperçu à l'aide de ce procédé un morceau d'os à l'entrée d'une grosse bronche, eut l'idée de substituer à la spatule un tube œsophagoscopique. Il le poussa très avant dans la trachée et réussit l'extraction. Dès lors, répétant cette manœuvre, il fixa de main de maître la technique de la « trachéoscopie supérieure », méthode parallèle à l'œsophagoscopie et, comme elle, applicable au premier venu. Killian ne s'arrêta pas en si bon chemin. Il reconnut que, grâce à l'élasticité du parenchyme pulmonaire, il est possible de redresser les rameaux divergents de l'arbre bronchique ; et il put introduire ainsi des tubes droits jusque dans les moyennes bronches. La trachéoscopie, fille de l'autoscopie, était devenue à son tour mère de la bronchoscopie.

Née d'hier, cette jeune science n'a encore à son actif que l'extraction des corps étrangers des bronches. Ce faisant, elle a grandement mérité de la pathologie en réduisant à 0 p. 100 la mortalité d'un accident qui, non traité, tue 56 fois sur 100. Il est vrai que, de nos jours, les progrès de la grande chirurgie, en inventant la bronchotomie trans-médiastinale, avaient relevé cette mortalité à presque 100 p. 100.

Là ne se bornera certainement pas son rendement. Il y a plus

à attendre d'elle ; et déjà, pour la mettre en valeur, de toutes parts émergent les « bronchoscopistes ».

*
*
*

A cinquante ans de distance, une même révolution s'est faite en pathologie laryngée et va s'accomplir dans la pathologie des bronches. Avant 1858, le larynx demeurait un organe secret : on essayait de diagnostiquer ses affections par l'auscultation de la voix, par l'examen des crachats ; et, quand quelque corps étranger, quelque tumeur s'y implantaient, amenant l'asphyxie, on se risquait à y pénétrer par une large brèche extérieure. Le laryngoscope de Garcia est alors venu, qui a bouleversé le larynx ; il a montré les constantes erreurs de diagnostic qui y étaient commises avant lui, et, faisant rejeter la chirurgie sanglante, il a établi les bases d'une thérapeutique par les voies naturelles, précise et inoffensive.

Les bronches étaient hier encore un territoire caché pour nous, comme était masqué le larynx à nos aînés. Et, de même qu'ils s'illusionnaient, nous aussi, nous illusionnons-nous peut-être en prétendant connaître la pathologie bronchique par l'auscultation seule. Mais voici que la bronchoscopie de Killian nous apporte le moyen de lever le voile qui, jusqu'ici, nous l'a dissimulée ; et, comme l'a fait le miroir de Garcia, sans aucun doute elle va nous obliger à reviser la nosographie des bronches.

Tel est en date le dernier service que notre spécialité a rendu à la médecine générale. Le demi-siècle qui s'étend de Türck à Killian s'inaugure et se clôt sur deux découvertes également impressionnantes. Maintenant, comme jadis, une radieuse aurore illumine le champ de notre labeur, encourageant les espoirs du lendemain par la réalisation des promesses de la veille. Peu de sciences cliniques ont pu, comme la nôtre, en aussi peu de temps, accumuler une pareille moisson de découvertes, et à peine en avons-nous fait la récolte que déjà le grain nouveau germe et lève.

III

LES INDICATIONS DE L'OPÉRATION RADICALE BILATÉRALE SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DU RÉSULTAT FONCTIONNEL.

Par **Eric RUTTIN** (Vienne),

Assistant de la clinique du professeur Politzer.

Il n'est pas rare de trouver des otites bilatérales graves demandant l'ouverture chirurgicale de l'oreille moyenne des deux côtés. Il ne paraîtra donc pas superflu d'étudier les indications de l'opération radicale bilatérale, d'autant plus que, dans cette opération, le résultat fonctionnel peut être d'une importance capitale. De différents côtés, on a publié l'histoire des radicales doubles, mais on n'a pas insisté sur l'indication de cette opération double. Généralement les opérateurs ont attendu, avant d'exécuter l'opération sur la deuxième oreille, que l'oreille opérée la première soit entièrement épidermée (1).

Nous distinguons une indication absolue et une indication relative. L'indication absolue pour l'opération radicale bilatérale est vitale quand les symptômes accompagnant la suppuration de l'oreille moyenne comme : céphalée, vertiges, vomissements, nystagmus, laissent supposer que le foyer de suppuration est avancé jusque vers le cerveau et que des complications intracrâniennes graves sont imminentes.

Par contre, l'indication d'exécuter la radicale est relative pour les suppurations fétides et profuses de l'oreille moyenne qui, malgré un long traitement conservateur, n'ont pas été améliorées, pour les suppurations opiniâtres de l'antre et de l'attique, pour le cholestéatome et pour les polypes récidivants. Dans les suppurations de l'attique et de l'antre appa-

(1) ALEXANDER, *Société autrich. d'otologie*, 26 oct. 1903.

remment guéries, nous nous décidons de suite à l'opération quand il y a une récive, ayant observé que dans ces cas se trouvent des cellules nécrosées remplies de pus dispersées sur différents endroits de l'apophyse, parfois proches du sinus et de la dure-mère. Ces cas échappent par l'opération le plus sûrement aux complications intracraniennes.

Le pouvoir auditif est très diminué généralement dans ces cas, 1^m,5 à 2 mètres pour la voix parlée. Un pouvoir auditif de seulement de 1^m,5 à 2 mètres n'est pas sensiblement lésé par la radicale (Wagner, Hammerschlag, Politzer), excepté les cas rares où, d'après Gomperz, une lésion de l'étrier par l'opération occasionne une diminution du pouvoir auditif, ce dont j'ai pu me rendre compte chez un grand nombre de malades opérés de radicale examinés avant l'opération et à un moment où la plaie opératoire était complètement couverte de granulations. Il est impossible de dire si le pouvoir auditif constaté est réellement celui de l'oreille opérée, car ni dans mes expériences, ni dans celles des autres auteurs, le pouvoir auditif de l'oreille non opérée n'a pu être exclu par tous les moyens disponibles (otoscope, gamme continue, expérience de Stanger-Luca, Dennert et autres expériences classiques). Un aide a assuré la fermeture de cette oreille de façon convenable. Pour le travail qui nous occupe, cette distinction est indifférente, car il s'agit, si je puis m'exprimer ainsi, du pouvoir auditif pratique, c'est-à-dire de l'usage des ondes sonores arrivées du côté opéré.

Voici le tableau de mes examens du pouvoir auditif.

Ces tableaux ne contiennent que des cas spécialement examinés pour le travail présent.

L'examen des observations de tous les cas opérés dans les six dernières années à notre clinique, au nombre de 1000 à peu près, permet les mêmes conclusions que mes tableaux. Des 400 cas collationnés dans les tableaux, 40 avaient un pouvoir auditif au-dessus de la valeur limite de 1^m,5 à 2 mètres. Dans 8 cas, sur ces 40, le pouvoir auditif a été amélioré par l'opération radicale. Dans 6 cas, il est resté le même et, dans 26 cas, il a été diminué par l'opération.

De ces 26 cas, 10 avaient une petite perforation du tympan,

autrement conservé. Dans les 16 autres cas, il y avait une destruction généralement totale du tympan; dans quelques cas, on ne voyait rien du tympan.

Deux des cas qui, après l'opération, avaient un pouvoir auditif plus grand qu'avant l'opération, présentaient une guérison complète de la muqueuse, c'est-à-dire l'épiderme nouveau recouvrant la plaie opératoire se limitait nettement contre la paroi interne de la caisse. Cette ligne de démarcation est restée nette même après plusieurs mois d'observation, sans que l'épiderme nouveau aille couvrir la paroi interne de la caisse, qui a gardé sa muqueuse à peine un peu épaissie et donnant peu ou prou d'une sécrétion séro-purulente.

Des 8 cas améliorés par l'opération et des 6 cas stationnaires, 1 seul avait un tympan conservé avec petite perforation. Tous les autres cas avaient une destruction totale du tympan, avec perte probablement totale, ou au moins partielle, des osselets.

Comparons maintenant ces chiffres avec ceux d'un deuxième groupe de cas qui, avant la radicale, avaient un pouvoir auditif dans la valeur limite ou au-dessous de 1^m,5 à 2 mètres (tableaux IV, V, VI).

Des 60 cas de ce groupe, le pouvoir auditif n'a été amélioré par l'opération que dans 3 cas. Dans 55 cas, il est resté stationnaire et, dans 2 cas seulement, il a été diminué. Des 55 cas stationnaires, 6 avaient une petite perforation et un tympan conservé; tous les autres montraient une grande perforation, généralement une destruction totale du tympan avec beaucoup de granulations et de polypes.

Des 3 cas améliorés, 1 avait une sténose prononcée.

Le petit nombre des cas aggravés ne correspond pas tout fait à la réalité, en ce sens que j'ai supprimé tous les cas chez lesquels il y avait un symptôme quelconque d'une affection du labyrinthe avant l'opération, ou chez lesquels l'opération a fait découvrir une fistule du labyrinthe ou provoqué une suppuration du labyrinthe, puisque ces cas ne se rapportaient pas *a priori* au sujet en question.

En comparant les deux groupes, on trouve qu'un pouvoir auditif au-dessus de la valeur limitée de 1^m,5 à 2 mètres est généralement diminué, surtout dans les cas avec tympan

NOMS ET AGE.	DURÉE de l'inflam- mation chronique de l'oreille moyenne et côté malade.	DIAGNOSTIC OTOSCOPIQUE.	POUVOIR AUDITIF avant l'opération.			POUVOIR AUDITIF après l'opération.			POUVOIR AUDITIF de l'autre oreille.	POUVOIR AUDITIF après guérison.
			Voix haute.	Voix chuchotée.	Acoum.	Voix haute.	Voix chuchotée.	Acoum.		
I. — Pouvoir auditif avant l'opération, au-dessus de la valeur limite de 1-5 à 2 mètres.										
A. — Amélioré après l'opération.										
1 J. B. 30 ans.	4 ans. Gauche.	Grande perforation, granulations à la paroi interne de la caisse.	4 m.	1/2 m.	»	6 m.	1 m.	»	Normal.	»
2 J. H. 46 ans.	Depuis l'enfance, Droite.	Polype obturant.	4 m.	1/2 m.	»	7 m.	2 m.	2 m.	Normal.	»
3 M. D. 18 ans.	Depuis l'enfance, Gauche.	Polype obturant.	3 m.	1/2 m.	»	7 m.	3 m. 1/2	»	Normal.	»
4 O. S. 16 ans.	1 an. Gauche.	Destruction totale.	4 m.	10 cm.	»	6 m.	4 m.	»	Normal.	6 mois après la guérison de la muqueuse. Voix haute, 6 m. Voix chuchotée, 4 m.
5 J. H. 46 ans.	30 ans. Droite.	Polype obturant.	4 m.	1/2 m.	»	7 m.	2 m. 1/2	2 m.	Normal.	»
6 M. H. 18 ans.	2 ans. Droite.	Destruction presque totale, granulations à la paroi interne de la caisse, cho- lestéatome.	4 m.	1 m. 1/2	»	7 m.	7 m.	»	Normal.	3, 5, 8 et 9 mois après complète épidermisation. Voix haute, 40 m. Voix chuchotée, 7 m.
7 A. H. 15 ans.	4 ans. Droite.	Destruction totale. Marche du marteau adhérent.	4 m.	1 m.	3 m.	7 m.	2 m.	4 m.	Normal.	2 mois plus tard après totale épidermisation.

Voix haute, 7 m.
Voix chuchotée,
2 m.
4 m.

43 ans.	Droite.	4 m.	3 m.	2 m.	1 m.	4 m.	3 m.	2 m.	1 m.	7 m.	2 m.	4 m.	Normal.	2 mois plus tard après opération totale
8	E. Sp. 40 ans.	2 ans. Droite.		6 m.	3 m.	4 m.	40 m.	5 m.					Normal.	Voix haute, 7 m. Voix chuchotée, 2 m. Acoum., 4 m. 16 m. plus tard ap- guérison de la muqueuse. Voix haute, 9 m. Voix chuchotée, 5 m.
<i>B. — Etat stationnaire après l'opération.</i>														
1	M. P. 14 ans.	10 ans. Gauche.		6 m.	2 m.	2 m.	6 m.	2 m.				2 m.	Normal.	»
2	F. P. 17 ans.	14 ans. Droite.		6 m.	4 m.	»	5 m.	3 m. 1/2				»	Normal.	»
3	M. T. 13 ans.	3 ans. Droite.		7 m.	1 m. 1/2	»	7 m.	1 m. 1/2				»	Normal.	»
4	A. J. 38 ans.	Otorrhée dans l'enfance. Depuis 1 an, récidive.		6 m.	1 m.	4 m.	6 m.	1 m. 1/2				4 1/4 m.	Voix haute, 6 m. Voix chuch., 2 m.	»
5	A. S. 18 ans.	14 ans. Gauche.		7 m.	5 m.	»	7 m.	6 m.				»	Normal.	2 m. 1/2 plus tard après complète épidermisation. Voix haute, 7 m. Voix chuchotée, 5 m. 1/2.

NOMS ET AGE.	DURÉE de l'inflam- mation chronique de l'oreille moyenne et côté malade.	DIAGNOSTIC OTOSCOPIQUE.	POUVOIR AUDITIF avant l'opération.			POUVOIR AUDITIF après l'opération.			POUVOIR AUDITIF l'autre oreille.	POUVOIR AUDITIF après guérison.
			Voix haute.	Voix chuchotée.	Acoum.	Voix haute.	Voix chuchotée.	Acoum.		
6 H. J. 15 ans.	4 an. Gauche.	Tympan détruit en partie. Marche du marteau conser- vée.	7 m.	3 m.	»	7 m.	3 m.	»	Normal.	2 m. 1/2 plus tard après com- plète épider- misation. Voix haute, 7 m. Voix chuchotée, 3 m.
C. — Aggravation après l'opération.										
1 J. K. 22 ans.	Depuis l'enfance. Gauche.	Polype obturant.	3 m.	1 m.	»	3/4 m.	1/4 m.	2 m. ?	V. haute, 5 m. V. ch., 2 m. 1/2 Acoum., 3 m.	»
2 V. K. 29 ans.	2 ans. Gauche.	Cavité tympanique remplie de polypes.	6 m.	1 m. 3/4	1 m. 1/4	3/4 m.	a. c.	»	Normal.	»
3 F. H. 16 ans.	Depuis l'enfance. Gauche.	Paroi interne de la caisse couverte de granulations.	5 m.	1/2 m.	»	3 m.	1/4 m.	1/2 m.	Normal	»
4 W. G. 30 ans.	26 ans. Gauche.	Perforation antéro- inférieure grosse comme une tête d'épingle.	10 m.	3 m.	2 m.	3 m. 1/4	1 m.	25 cm.	Normal.	»
5 A. G. 28 ans.	Depuis l'enfance. Gauche.	Perforation totale. Manche du marteau fixé au promon- toire.	6 m.	2 m.	2 m.	1 m.	a. c.	»	»	»

6 F. C.	Plusieurs	Perforation de la	7 m.	2 m. 1/2	2 m.	1/2 m.	a. c.	a. c.	Normal.	»
---------	-----------	-------------------	------	----------	------	--------	-------	-------	---------	---

NOMS ET AGE.	DURÉE de l'indam- nation chronique de l'oreille moyenne et côté malade.	DIAGNOSTIC OTOSCOPIQUE.	POUVOIR AUDITIF avant l'opération.		POUVOIR AUDITIF après l'opération.		POUVOIR AUDITIF de l'autre oreille.	POUVOIR AUDITIF de après guérison.
			Voix haute.	Voix chuchotée.	Voix haute.	Voix chuchotée.		
16 E. S. 27 ans.	2 ans. Droite.	Destruction totale. Destruction de la paroi latérale de l'attique. Granula- tions sur le pro- montoire et dans l'attique.	7 m.	2 m. 1/2	1 m. 1/4	1/4 m.	Normal.	»
17 A. W. 19 ans.	7 ans. Gauche.	Tympan conservé en haut et en avant. Manche du marteau fixé. Granulations sur le promontoire.	5 m.	2 m.	2 m.	3/4 m.	Normal.	»
18 G. K. 36 ans.	In- connue.	Petite perforation postéro-supérieure contenant une pe- tite granulation.	7 m.	2 m.	1 m. 4/4	3/4 m.	Normal.	»
19 A. P. 30 ans.	A peu près 6 mois. Gauche.	Destruction totale.	7 m.	2 m.	1 m.	3/4 m.	Normal.	»
20 E. S. 27 ans.	2 ans. Droite.	Destruction totale. Perte de la paroi latérale de l'atti- que. Granulations dans le promon- toire.	7 m.	2 m. 1/2	1 m. 1/2	1/4 m.	Normal.	»
21 L. B. 9 ans.	6 mois. Gauche.	Tympan conservé recouvert d'épi- derme macérée. Pe- tite perforation	2 m. 1/2	20 cm.	3/4 m.	a. c.	Normal.	»

22	M. St. 12 ans.	6 ans. Droite.	postéro-inférieure. Destruction totale. Tympan complètement soulevé à la paroi interne de la caisse. Granulations dans l'attique. Cholestéome dans l'antre.	5 m. 4 m.	1 m. 4 1/2 m.	» 10 cm.	2 m. 2 m.	a. c. 15 cm.	» a. c.	Normal. Normal.
23	J. J. 30 ans.	10 ans. Gauche.								
24	M. H. 37 ans.	Depuis l'enfance. Droite.	Petite perforation antéro-inférieure.	7 m.	3 m.	5 m.	1 m.	a. c.	»	2 m. après complète épidermisation. Voix haute, 1 m. Voix chuchotée, a. c.
25	M. B. 22 ans.	1 an. Gauche.	Sténose du conduit. Tympan conservé, bruits de perforation. Perforation non visible.	7 m.	7 m.	»	2 m.	1 1/2 m.	»	Normal. 3, 8 mois et 1 an après complète épidermisation. Voix haute, 2 m. Voix chuchotée, 1 1/2 m.
26	J. S. 62 ans.	26 ans. Droite.	Perforation de la membrane de Schrapnell.	7 m.	7 m.	»	1 1/2 m.	a. c.	»	Normal. 3, 7 mois et 1 an après complète épidermisation. Voix haute, 1 1/2 m. Voix chuchotée, a. c.

II. — Pouvoir auditif avant la radicale dans la valeur limite de 4 m. 5 à 2 mètres ou au-dessous de cette valeur.

A. — Amélioré par l'opération.

1	M. F. 40 ans.	1 an (1). Gauche.	Caisse remplie par un polyte provenant de l'attique.	1 m. 1/2	a. c.	a. c.	6 m.	3 m.	»	Normal.
---	------------------	----------------------	--	----------	-------	-------	------	------	---	---------

(1) Prétend entendre mieux.

A. — Amélioré par l'opération.

(1) Prétend entendre mieux,

NOMS ET ÂGE.	DURÉE de l'inflam- mation chronique de l'oreille moyenne et côté malade.	DIAGNOSTIC.	POUVOIR AUDITIF avant la radicale.		POUVOIR AUDITIF après la radicale.			POUVOIR AUDITIF de l'autre oreille.	POUVOIR AUDITIF après guérison.
			Voix haute.	Voix cluchotée.	Voix haute.	Voix cluchotée.	Acoum.		
2 M. F. 37 ans.	De temps en temps depuis 22 ans. Gauche.	Sténose prononcée du conduit cartila- gineux.	10 cm.	a. c.	1 m. 1/2	a. c.	»	Normal.	»
3 F. H. 49 ans.	Depuis l'enfance. Gauche.	Granulations dans la profondeur.	1/4 m.	a. c.	3 m.	1/4 m.	1/4 m.	Normal.	»
<i>B. — État stationnaire après l'opération.</i>									
1 H. K. 15 ans.	4 ans. Droite.	Perforation antéro- inférieure.	1 m.	20 cm.	3/4 m.	a. c.	a. c.	V. h., 7 m. V. ch., a. c. Acoum., 3 m.	»
2 J. M. 49 ans.	6 mois. Droite.	Petite perforation postéro-inférieure.	2 m. 1/2	25 cm.	3 m.	3/4 m.	20 cm.	V. h., 3/4 m. V. ch., a. c.	»
3 J. H. 20 ans.	8 ans. Droite.	Double perforation. Granulations, cho- lestéatome.	1/2 m.	a. c.	1/2 m.	a. c.	»	V. h., 7 m. V. ch., 5 m. V. h., 1/2 m.	»
4 A. F. 17 ans.	7 ans. Gauche.	Granulations dans la profondeur.	1 m. 1/2	a. c.	1 m. 1/2	a. c.	a. c.	a. c.	»
5 J. F. 32 ans.	Depuis l'enfance. Droite.	Précédemment, ex- traction du mar- teau et de l'en- clume.	a. c.	θ	a. c.	θ	»	»	»

6 F. G. Plusieurs
11 ans. années.
visible.

3/4 m.

a. c.

»

3/4 m.

a. c.

»

Normal.

NOMS ET AGE.	DURÉE de l'indam- nation chronique de l'oreille moyenne et côté malade.	DIAGNOSTIC.	POUVOIR AUDITIF avant la radicale.			POUVOIR AUDITIF après la radicale.			POUVOIR AUDITIF de l'autre oreille.	POUVOIR AUDITIF après guérison.
			Voix haute.	Voix chuchotée.	Acoum.	Voix haute.	Voix chuchotée.	Acoum.		
48 M. P. 20 ans.	40 ans. Droite.	Tympan non visible.	4/2 m.	a. c.	a. c.	1/2 m.	a. c.	a. c.	Normal.	»
49 K. G. 20 ans.	Depuis l'enfance. Droite.	Granulations dans la profondeur. Cho- lestéatome.	3/4 m.	a. c.	»	Comme avant la radicale.	»	»	Comme avant la radicale.	»
20 M. H. 48 ans.	1 an. Droite.	Tympan non visible.	2-3 m.	»	»	3 m. 1/2	3/4 m.	»	Normal.	»
21 J. K. 11 ans.	7 ans. Gauche.	Destruction totale. Granulations en haut et en avant.	1 m.	a. c.	30 cm.	3/4 m.	a. c.	10 cm.	Normal.	»
22 K. K. 32 ans.	Depuis l'enfance. Droite.	Destruction totale.	1 m.	20 cm.	a. c.	3/4 m.	a. c.	a. c.	Normal.	»
23 F. M. 30 ans.	2 ans 1/2. Gauche.	Destruction totale.	1 m.	a. c.	»	1 m.	40 cm.	»	Normal.	»
24 F. P. 19 ans.	3 ans. Gauche.	Destruction totale.	4/2 m.	a. c.	a. c.	1/2 m.	a. c.	a. c.	Normal.	»
25 A. S. 20 ans.	6 ans. Gauche.	Destruction totale. Perte de l'attique.	1 m.	20 cm.	»	1 m. 1/4	40 cm.	»	Normal.	»
26 F. K. 6 ans.	6 ans. Gauche.	Destruction totale.	a. c.	»	»	a. c.	»	»	»	»
27 R. H. 16 ans.	9 ans. Droite.	Destruction totale.	1 m.	4/2 m.	»	1 m. 4/4	20 cm.	»	V. h., 6 m. V. ch., 4 m.	»
28 A. B. 15 ans.	8 ans. Gauche.	Destruction totale.	2 m.	20 cm.	2 m.	2 m. 1/2	20 cm.	»	V. h., 2 m. V. ch., 20 cm. Acoum., 2 m.	»
29 F. K.	Depuis	Perforation réni-	2 m.	75 cm.	1 m. 1/2	2 m. 4/2	75 cm.	»	Normal.	»

29	F. K.	Depuis	Perforation	réini-	2 m.	75 cm.	1 m. 1/2	2 m. 1/2	75 cm.			Acoum. 2 m. Normal.
34	ans.	l'enfance.	forme. Manche du marteau fixé au promontoire. Granulations dans la paroi interne.		2 m.	1 1/4 m.	»	1 m. 1/2	4 1/4 m.	»	Normal.	»
30	R. B. 13 ans.	9 ans. Gauche.	Destruction totale. Cholestéatome dans l'antre.		2 m.	1 1/4 m.	»	1 m.	a. c.	»	Normal.	»
31	K. St. 7 ans.	3 ans. Gauche.	Conduit rempli de polypes.		1 m.	a. c.	»	1 m.	a. c.	»	Normal.	»
32	R. H. 16 ans.	7 ans. Droite.	Déjà opéré de la radicale.		1 m.	1/2 m.	»	1 m.	20 cm.	»	Normal.	»
33	O. J. 18 ans.	Gauche.	Destruction totale. Caisse remplie de granulations.		1/2 m.	a. c.	a. c.	1/2 m.	a. c.	»	Normal.	»
34	H. S. 21 ans.	Depuis l'enfance. Droite.	Conduit rempli de polypes.		3/4 m.	a. c.	»	3/4 m.	a. c.	»	Normal.	»
35	E. P. 18 ans.	Au moins 2 ans. Droite.	Conduit rempli de polypes.		1 m.	a. c.	»	1 m.	a. c.	»	V. h., 3 m. V. ch., 1 m. 1/2 Normal.	»
36	K. S. 7 ans.	3 ans. Gauche.	Conduit rempli de polypes.		1 m.	a. c.	»	1 m.	a. c.	»	V. h., 3 m. V. ch., 1 m. Acoum., 20 m. Normal.	»
37	J. S. 23 ans.	Depuis plusieurs années. Gauche.	Polype épidermisé dans le conduit. Cholesteatome.		4/4 m.	a. c.	»	1/4 m.	a. c.	»	V. h., 3 m. V. ch., 1 m. Acoum., 20 m. Normal.	»
38	M. W. 20 ans.	9 ans. Droite.	Déjà opéré de radicale. Formation d'un septum.		1 m.	a. c.	»	1 m.	a. c.	»	Normal.	»
39	L. B. 22 ans.	7 ans. Gauche.	Destruction totale.		2 m.	a. c.	»	1 m. 1/2	a. c.	»	Normal.	»
40	O. J. 20 ans.	Plusieurs années. Droite.	Déjà opéré de radicale.		1/2 m.	a. c.	»	1/2 m.	a. c.	»	Normal.	»

NOMS ET AGE.	DURÉE de l'infam- ation chronique de l'oreille moyenne et côté malade.	DIAGNOSTIC.	POUVOIR AUDITIF avant la radicale.		POUVOIR AUDITIF après la radicale.		POUVOIR AUDITIF de l'autre oreille.	POUVOIR AUDITIF après guérison.
			Voix haute.	Voix chuchotée.	Voix haute.	Voix chuchotée.		
41 A. L. 22 ans.	10 ans. Droite.	Sténose du conduit. Tympan non vi- sible.	1 m. 1/2	1/2 m.	1 m. 1/2	1/2 m.	Normal.	»
42 M. P. 37 ans.	Depuis 25 ans, de temps en temps. Droite.	Destruction totale.	1/2 m.	45 cm.	1 m.	a. c.	Normal.	»
43 F. L. 20 ans.	Gauche.	Perforation réni- forme. Manche du marteau fixé.	1 m. 1/4	1/4 m.	1 m. 1/2	10 cm.	Normal.	»
44 Th. P. 40 ans.	Depuis plusieurs années. Droite.	Conduit sténosé. Tympan non vi- sible.	1 m. 1/2	1/2 m.	1 m. 1/2	1/4 m.	V. h., 1/2 m. V. ch., θ	2 m. après com- plète épider- misation. V. h., 1 m. 1/2. V. ch., 1/4 m.
45 B. B. 15 ans.	4 ans. Droite.	Fistule de la paroi postérieure du con- duit. Destruction totale.	3/4 m.	a. c.	1/2 m.	a. c.	Normal.	»
46 N. S. 18 ans.	Depuis l'enfance. Droite.	Grande perforation postéro-supérieure.	1 m. 1/2	20 cm.	2 m.	1/4 m.	Normal.	7 m. après com- plète épider- misation. V. h., 1 m. 1/2. V. ch., 1/4 m.
47 H. S. 10 ans.	Depuis 6 ans. Gauche.	Tympan non visible. Conduit sténosé.	1 m.	a. c.	1 m.	a. c.	Normal.	3 et 7 mois après complète épi- dermisation. V. h., 1 m. V. ch., 40 cm.

48 A. S.	12 ans.	Grande perforation postérieure.	1 m. 1/2	1/4 m.	1 m.	3/4 m.	1/4 m.	3/4 m.	Normal.	7 m. après com- plète épider- misation.
----------	---------	------------------------------------	----------	--------	------	--------	--------	--------	---------	---

48	A. S. 16 ans.	12 ans. Droite.	Grande perforation postéro-supérieure.	1 m. 1/2	1/4 m.	1 m.	1 m. 3/4	1/4 m.	3/4 m.	Normal.	7 m. après complète épidermisation. V. h., 1 m. 1/2. V. ch., 23 cm.
49	J. J. 11 ans.	5 ans. Droite.	Perforation de la grosseur d'une tête d'épingle au - devant du manche du marteau.	1 m. 1/2	1/4 m.	1 m.	1 m.	1/4 m.	»	V. h., 5 m. V. ch., épidermisation. V. h., 3 m. 1/2. V. ch., 1/2 m.	
50	L. N. 46 ans.	2 ans. Gauche.	Cavum rempli de granulations. Osselets manquents.	2 m.	1/2 m.	»	2 m. 1/2	1/2 m.	»	Normal.	5 sem. après complète épidermisation. V. h., 2 m. V. ch., 1/2 m.
51	J. P. 13 ans.	Inconnue. Droite.	Polypes obturant.	1 m. 1/2	a. c.	»	1 m.	a. c.	»	Normal.	2 m. après avec complète épidermisation. V. h., 1 m. V. ch., 10 cm.
52	K. G. 20 ans.	6 ans. Droite.	Destruction totale. Caisse remplie de granulations.	2 m.	a. c.	»	2 m.	1/4 m.	»	Normal.	6 m. après avec complète épidermisation. V. h., 2 m. V. ch., 1/4 m.
53	L. F. 15 ans.	2 ans. Droite.	Destruction totale. Granulations.	2 m.	1/2 m.	20 cm.	2 m.	1/2 m.	20 cm.	Normal.	»
54	A. H. 16 ans.	11 ans. Gauche.	Déjà opéré de radicalement ailleurs.	2 m.	1/4 m.	1/4 m.	2 m.	1/4 m.	1/4 m.	Normal.	»
55	B. S. 23 ans.	4 ans. Droite.	Sténose prononcée. Tympan non visible.	1 m. 1/2	a. c.	a. c.	1 m.	a. c.	a. c.	Normal.	»
<i>C. — Aggravation après la radicale.</i>											
1	M. H. 6 ans.	3 ans. Droite.	Conduit rempli de granulations.	1 m.	1/4 m.	»	1/2 m.	a. c.	»	Normal.	»
2	B. S. 26 ans.	2 ans. Gauche.	Conduit rempli de granulations.	1 m. 1/2	a. c.	»	3/4 m.	a. c.	»	Normal.	»

dermisation.
V. h., 1 m.
V. ch., 10 cm.

conservé ou petite perforation, et qu'un pouvoir auditif dans la valeur limite ou au-dessous de 1^m,5 à 2 mètres, n'est généralement pas diminué sensiblement.

D'autres auteurs n'ont pas trouvé les mêmes résultats, parce qu'ils ont compté avec des valeurs trop petites. Des variations dans le pouvoir auditif jusqu'à 0^m,5 et même plus sont imputables à des erreurs inévitables. *Bezold* même, par l'examen avec la gamme continue des sons, examen qui est bien plus exact que celui par la voix, et qui a été exécuté certainement avec la plus grande attention, n'a pu obtenir le même résultat chez le même malade à des jours différents.

Comparons les résultats des autres auteurs et ceux des radicales examinées par nous.

Trautmann et Stenger. — 69 cas dont :

25 fois = 36,2 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

20 fois = 29 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

24 fois = 34,8 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Schwartz. — 27 cas, dont :

9 fois = 33 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

4 fois = 14,9 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

14 fois = 51,4 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale ;

Hammerschlag. — 60 cas dont :

7 fois = 11,66 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

3 fois = 55,66 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

33 fois = 55 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Grunert. — 71 cas, dont :

39 fois = 55 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

4 fois = 6 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale;

28 fois = 39 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale, dont 23 cas avec labyrinthe intact. De ceux-ci :

21 fois = 91,31 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale;

1 fois = 4,35 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale;

4 fois = 4,35 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Stacke :

33,3 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale;

7,1 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale;

57,6 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Grossmann. — 212 oreilles, dont :

93 fois = 43,8 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale;

51 fois = 24,1 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale;

68 fois = 32,1 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale dont 99 cas avec labyrinthe intact; de ceux-ci :

48 fois = 48,5 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale;

31 fois = 31,3 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale;

20 fois = 20,2 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Ruhe :

35 fois = 34 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale;

31 fois = 30 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale;

37 fois = 36 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Brieger :

43 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

8 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

49 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Gomperz :

4 cas amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

2 cas aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

2 cas état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Manassé-Wintermantel :

13 cas amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

1 cas aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

6 cas état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Siebenmann.

60,7 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

10,9 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

28,4 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Cas personnels 100, tous avec labyrinthe intact dont :

11 fois = 11 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

28 fois = 28 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

61 fois = 61 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Nos recherches ne correspondent pas complètement à celles des autres auteurs, en raison des limites plus larges dans lesquelles nous mettons sur le compte des erreurs d'examen les différences du pouvoir auditif. Par suite de cette élévation de la limite, nos chiffres se trouvent transformés de façon à ce que le nombre des cas restés stationnaires soit plus grand que celui des cas améliorés.

Le résultat devient tout de suite autre si nous partageons les cas dans les deux groupes que nous avons établis.

Parmi le premier groupe, c'est-à-dire pouvoir auditif avant l'opération avec valeur limite de plus de 1^m,5 à 2 mètres, se rangent 40 cas, dont :

8 fois = 20 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

26 fois = 65 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

6 fois = 15 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

Parmi le deuxième groupe, c'est-à-dire pouvoir auditif avant l'opération au-dessous de la valeur limite de 1^m,5 à 2 mètres, se rangent 60 cas, dont :

3 fois = 5 p. 100 amélioration du pouvoir auditif après la radicale ;

2 fois = 3 p. 100 aggravation du pouvoir auditif après la radicale ;

55 fois = 92 p. 100 état stationnaire du pouvoir auditif après la radicale.

De ces chiffres appert de suite notre affirmation susmentionnée qu'un pouvoir auditif au-dessus de 1^m,5 à 2 mètres est généralement diminué et qu'un pouvoir auditif dans cette limite ou au-dessous reste à peu près stationnaire.

Parmi les cas stationnaires, on en trouverait qui, d'après les petites valeurs de *Grunert*, enregistrant déjà une augmentation 0^m,05, voire même, d'après *Stacke* et *Grossmann* demandant 0^m,25, devraient être considérés comme améliorés.

De nos résultats se rapprochent le plus les chiffres de *Hammerschlag*, qui paraît également avoir mesuré l'augmentation du pouvoir auditif d'après une distance plus grande. Les résultats des recherches de *Grossmann* sont également analogues aux nôtres, surtout au point de vue du pourcentage des aggravations.

Un petit nombre des cas ont été examinés de façon à ce que leur pouvoir auditif ait été recherché avant l'opération, au moment où l'oreille était complètement tapissée de granulations et enfin au moment de l'épidermisation. Il s'est trouvé que le pouvoir auditif ne variait pas beaucoup pendant

la période de la cicatrisation. Les périodes de granulation et d'épidermisation se valent donc au point de vue du pouvoir auditif.

De 16 cas examinés à ce point de vue, 15 ont montré, pendant la période de l'épidermisation complète, le même pouvoir auditif que pendant la période de granulations. D'après Politzer (1), les exceptions à cette règle paraissent se montrer quand, dans le trou de la fenêtre ovale, se forment des brides particulièrement dures, fixant l'étrier. Dans un cas, le pouvoir auditif a été même trouvé augmenté et, dans aucun cas, il n'a été lésé par l'épidermisation.

L'examen a été fait au plus tôt cinq semaines, au plus tard un an après la radicale, et, la plupart du temps, il a été répété à des intervalles différents. Ont été considérés comme guéris seulement les cas où toute la cavité opératoire, y compris la paroi interne de la caisse, était épidermée et où la configuration de la paroi interne de la caisse a été conservée sous un épiderme bien fixé.

Il résulte donc de ce qui précède que nous pouvons, déjà au moment de la granulation, prédire quel sera le pouvoir auditif après guérison de la radicale. Si une radicale bilatérale devient nécessaire, nous n'avons plus besoin d'attendre l'épidermisation d'un côté avant d'attaquer l'autre. Nous pouvons, quand la constitution du malade ne s'oppose pas à une narcose très longue, opérer bon nombre de cas des deux côtés en une seule séance, tandis que, dans d'autres cas, où l'opération bilatérale est impraticable pour différentes raisons, la deuxième opération peut suivre la première à un court intervalle.

Je fais suivre quelques observations d'opérations bilatérales. Ces opérations ont été faites pour la plupart d'après l'indication usuelle, en ce sens que la deuxième oreille a été opérée seulement après épidermisation complète de la première oreille opérée. Ce sont précisément ces observations qui montrent que, par une opération bilatérale en une seule séance, le temps pendant lequel le malade doit interrompre ses occu-

(1) POLITZER, *Lehrbuch* 4^e édit. p. 472.

pations professionnelles peut être sensiblement raccourci et qu'on peut facilement poser des indications précises, si l'on considère toutes les combinaisons dans les indications absolues et relatives.

OBSERVATION I. — Jeune fille de 11 ans, otorrhée fétide bilatérale depuis deux ans. A droite, tumeur fluctuante derrière l'oreille ; à gauche, fistule de l'apophyse mastoïde. Dans la profondeur, os dénudé.

Pouvoir auditif : à droite. Voix haute, un quart de mètre ; voix chuchotée, au pavillon. A gauche, voix haute un demi-mètre ; voix chuchotée comme à droite.

Opération radicale. Les deux côtés en une seule séance. Cholesteatome des deux côtés. L'os est ramolli jusqu'au sinus et à la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne. Suites normales.

Quatorze jours après l'opération, le pouvoir auditif, la plaie opératoire étant complètement remplie de granulations, était le suivant : voix haute des deux côtés = 1 mètre ; voix chuchotée, au pavillon. Six semaines après l'opération : épidermisation complète à droite. Voix haute = 1 mètre ; voix chuchotée au pavillon.

Huit semaines et demie après l'opération, l'épidermisation est complète. La voix haute est entendue à gauche à 1 mètre un quart ; la voix chuchotée au pavillon.

Dans ce cas, les fistules de l'apophyse mastoïde constituaient une indication absolue pour l'opération bilatérale, qui a été exécutée en une seule séance. La nécessité de l'opération a été prouvée par les constatations faites pendant l'opération : ramollissement et suppuration de l'os jusqu'à la dure-mère et au sinus. Le pouvoir auditif était des deux côtés bien au-dessous de la valeur limite (1^m,5 et 2 mètres).

C'est pour cette raison que nous avons exécuté la radicale de suite des deux côtés, puisque, d'après nos expériences et celles publiées dans la littérature avec un pouvoir auditif tellement diminué, il n'y avait pas à craindre une diminution plus accentuée du pouvoir auditif.

OBSERVATION II. — Jeune fille de 17 ans, otorrhée fétide bilatérale depuis l'enfance. Depuis quinze jours, à la suite d'une angine, exacerbation à gauche. Mastoïde à gauche très sensible à la pression. Tête inclinée à gauche. Céphalée à gauche, vomissements, frissons, fièvre.

Pouvoir auditif: voix haute à droite, 2 mètres; à gauche, 5 mètres.
Voix chuchotée à droite, un demi-mètre; à gauche, 3 mètres.

Le 18 novembre 1906, opération radicale à gauche. Mastoïde relativement saine. Dans la proximité du sinus, quelques cellules remplies de pus et de granulations.

Suites normales.

Le 28 décembre 1906, pouvoir auditif;

Voix haute à gauche, 1^m,5;

Voix chuchotée à gauche, un quart de mètre.

Deux mois plus tard, exacerbation à droite. Sensibilité à la mastoïde, suppuration abondante. Céphalée.

Le 16 janvier 1907, opération radicale.

Dans l'apophyse mastoïde, pus et granulations.

Le 2 février 1907, bonne granulation. Voix haute à droite, 1^m,5, voix chuchotée, un quart de mètre.

Dans le cas II, il y avait, au début, l'indication absolue d'exécuter la radicale sur l'oreille qui entendait le mieux.

En raison de la persistance de la suppuration antrale à droite (la malade a été soignée plusieurs mois sans succès à la polyclinique par le traitement conservateur) et en raison du faible pouvoir auditif, il eût été indiqué d'opérer en même temps l'autre côté.

Ce cas confirme la thèse que, par la radicale, une bonne acuité auditive est plus lésée qu'une acuité auditive de 1^m,5 à 2 mètres.

La nécessité de l'opération a été confirmée, ici comme dans le cas suivant, par l'existence de cellules malades près du sinus avec tissu intercellulaire nécrosé par la présence du pus dans ces cellules malgré une apophyse mastoïde relativement normale. Ce sont ces cas surtout où, sans prodromes, paraissent brusquement les symptômes d'une thrombose du sinus.

OBSERVATION III. — *Marie Bayer*, jeune fille de 14 ans, rougeole il y a sept ans. A la suite, otorrhée. Soignée sans succès depuis des années par le traitement conservateur. Caisse des deux côtés remplie de granulations allant jusque dans le conduit. Pouvoir auditif:

A droite, voix haute à 1 mètre; voix chuchotée, 0^m,10.

A gauche, voix haute, 1^m,5; voix chuchotée, un quart de mètre.

Opération radicale à droite, cholestéatome dans l'antre. Suites nor-

males. La malade est restée deux mois à l'hôpital. Malgré l'ablation des polypes et un traitement conservateur consciencieux, l'otorrhée à gauche n'est pas guérie. A droite, épidermisation complète au bout de deux mois. L'acuité auditive, examinée à plusieurs reprises, pendant et après l'épidermisation, a été trouvée égale à celle d'avant l'opération.

Opération radicale à gauche, apophyse mastoïde peu altérée, granulations dans l'antre.

Dans la proximité du sinus, quelques cellules remplies de pus fétide et avec tissu intercellulaire nécrosé noirâtre.

L'échec du traitement conservateur poursuivi pendant des années contre cette otorrhée double justifiait l'opération radicale, d'autant que, malgré l'ablation plusieurs fois répétée des polypes, les deux conduits en étaient remplis au moment de l'admission de la malade dans le service. Pourtant, l'indication n'était que relative pour chaque côté, puisqu'il n'y avait aucun symptôme exigeant l'opération. La constatation faite pendant l'opération, cholestéatome à droite, cellules en suppuration près du sinus à gauche, justifiait complètement les deux opérations.

Le pouvoir auditif n'atteignait pas, avant l'opération, la valeur limité de 1^m,5 à 2 mètres et n'a pas changé quand la plaie opératoire était remplie de granulations ni après épidermisation terminée. En conséquence, par une opération bilatérale faite en une seule séance, on aurait économisé à la malade de un mois à un mois et demi de soins consécutifs, un temps pendant lequel elle n'a pas poursuivi ses études.

OBSERVATION IV. — *Charles Janda*, 47 ans. Il y a sept ans, le malade a eu un écoulement d'oreille sans douleurs, arrêté au bout de deux mois à la suite d'un traitement institué. Il y a deux ans, écoulement de l'oreille gauche persistant aujourd'hui. Depuis quinze jours, violentes douleurs à gauche.

Le 10 décembre 1906, l'état était le suivant : à droite, perforation; en haut et en arrière, perméable au Valsalva. Sécrétion fétide. A gauche, tympan rouge tuméfié, épaissi. Perforation centrale avec beaucoup de granulations.

Epreuve de l'ouïe :

A droite : voix haute, 10 mètres ; voix chuchotée, 4 mètres ; acoumètre à 10 mètres.

A gauche: voix haute, 8 mètres; voix chuchotée, 3 mètres, acoumètre, 0^m,30. Weber localisé à gauche.

Le 27 décembre, opération de la radicale, apophyse sclérosée; antre et caisse remplis de pus et de granulations de mauvaise couleur.

A l'ouverture de l'antre et de la caisse, s'écoule du pus épais, jaune verdâtre, de volume de 3 centimètres cubes, venant de la région du tegmen. Dans une quinte de toux, le malade chasse aussi quelques bulles gazeuses de cette région. On trouve que le tegmen de l'antre et de la caisse est détruit en grande partie et que la dure-mère est recouverte de granulations épaisses, spongieuses nécessitant l'ablation presque complète de la partie horizontale de la squame. Grattage de la dure-mère, toilette de la plaie, pansement, suites normales.

Le 1^{er} février 1907, oreille droite: voix haute, 10 mètres; voix chuchotée, 4 mètres. Weber à gauche. Rinne négatif. Schwabach augmenté. C₁ = 0. C₂ positif; montre positive.

Le 1^{er} mars 1907: opération dans l'antre du pus et des granulations et un cholestéatome de la grandeur d'un haricot. Radicale typique, changement de pansement tous les deux jours.

Le 22 avril 1907, guérison.

A droite.		A gauche.
1 1/2 m.	Voix haute	6 m.
1/4 m.	Voix chuchotée	1 1/2 m.
—	Rinne négatif des deux côtés	
+	perception osseuse	+
—	C ₁	+
+	C ₂	+

Dans le cas IV, les grandes douleurs et la haute fièvre étaient des indications absolues pour l'opération radicale d'un côté.

De l'autre côté, il existait, du fait de la suppuration persistante compliquée de cholestéatome, ne guérissant pas par un traitement conservateur, également une indication pour l'opération radicale, mais il n'existait pas de symptômes nécessitant une intervention hâtive. Comme l'oreille qui entendait le moins bien et qui occasionnait manifestement le symptôme alarmant possédait une acuité auditive relativement bonne de 8 mètres pour la voix haute et de 3 mètres pour la voix chuchotée, et comme l'autre oreille avait même un pouvoir auditif de 10 mètres pour la voix haute et 4 mètres

pour la voix chuchotée, il ne pouvait y avoir de doute sur la nécessité d'opérer d'abord l'oreille la moins bonne et d'attendre le résultat de l'opération sur l'acuité auditive après guérison. En effet, après épidermisation complète, on pouvait contrôler le fait rare de la diminution à peine marquée du pouvoir auditif, de sorte que la voix haute était entendue à 6 mètres au lieu de 8 et la voix chuchotée à 1^m,5 au lieu de 3 mètres. Vu le métier du malade (homme de peine), qui n'exige pas une acuité auditive très fine, on pouvait songer à opérer également l'autre oreille, au risque même de diminuer considérablement par l'opération le pouvoir auditif de ce côté. Et, en effet, l'acuité auditive de ce côté est descendue après l'opération et après épidermisation complète de 10 mètres à 1^m,5 pour la voix haute et de 4 mètres à 0^m,5 pour la voix chuchotée. Malgré cette grande perte du pouvoir auditif, le malade a été content de l'opération bilatérale, étant ainsi débarrassé de son otopathie et pouvant se contenter, suffisamment pour son métier, d'un pouvoir auditif d'à peu près 8 mètres pour les deux oreilles. Si, dans ce cas, l'acuité auditive, après exécution de la radicale sur la moins bonne oreille, n'avait pas été relativement si bonne, nous n'aurions opéré l'oreille qui entendait mieux que seulement si une indication absolue était survenue.

Cette observation nous montre qu'il faut, dans le cas d'indication absolue du côté de l'oreille qui entend le moins bien, surtout si le pouvoir auditif est plus que 2^m,5 absolument opérer en deux temps et qu'il faut faire dépendre la seconde opération du résultat définitif de la première au point de vue du pouvoir auditif.

OBSERVATION V. — *Rodolphe Neid*, âgé de 3 ans. Otorrhée bilatérale dans la première année après rougeole, dernièrement exacerbation aiguë à gauche avec douleurs, sensibilité de la mastoïde. A l'examen, on trouve une destruction totale du tympan des deux côtés.

Granulations, surdité complète, nystagmus rotatoire à droite, les yeux tournés à droite. Aucun nystagmus à gauche; appareil vestibulaire à gauche ne réagit pas.

Le 5 octobre 1906, radicale à gauche; l'os est sclérosé. Pus et granulations dans l'antre et allant de là jusque dans l'os de la pyramide.

Le 22 novembre, l'enfant quitte l'hôpital. Dans ce cas, l'indication pour l'opération radicale était fournie par la suppuration bilatérale chronique de l'oreille moyenne avec destruction totale du tympan, granulations et cholestéatome. Les symptômes, pourtant, n'étaient manifestes que du côté d'une seule oreille ; ainsi l'indication n'a été absolue que pour ce côté seulement.

Néanmoins, il eût été utile, pour les raisons sus-mentionnées, d'opérer les deux côtés dans une seule séance, puisque nous savions *a priori* ce que nous pouvions attendre du pouvoir auditif dans une surdité bilatérale très prononcée restant loin d'une valeur limite de 2 et 2^m,5.

Les conclusions qu'on peut tirer de nos réflexions se laissent facilement grouper dans le tableau suivant :

POUVOIR auditif.	SYMPTÔME.	INDICATION.	OPÉRATION.
(1) Pouvoir auditif égal ou inégal.	Des deux côtés symptôme manifeste,	Indication absolue des deux côtés.	Opération en une séance.
(2) Des deux côtés même mauvais pouvoir auditif.	Symptôme manifeste d'un côté.	Indication absolue d'un côté.	Opération en une séance.
(3) Pouvoir auditif meilleur d'un côté.	Symptôme manifeste du côté de l'oreille entendant le mieux.	Indication absolue d'un côté.	Opération en une séance.
(4) Pouvoir auditif meilleur d'un côté.	Symptôme manifeste du côté de l'oreille entendant le moins bien.	Indication absolue d'un côté.	Opération en deux séances.
(5) Des deux côtés, également mauvais pouvoir auditif.	Aucun symptôme manifeste.	Indication relative des deux côtés.	Opération en une séance.

Dans les otites chroniques bilatérales, où il existe une indication absolue pour la radicale d'un côté seulement, ou avec indication relative des deux côtés, il faudra évidemment

se guider encore d'après d'autres considérations quand il s'agira de faire l'opération bilatérale.

On n'opérera pas des deux côtés en une seule séance des vieillards ou des individus tout jeunes, faibles ou cachectiques, des sujets avec état lymphatique ou atteints d'étrictesse congénitale de l'aorte, des cardiaques, des phthisiques qui ne supporteraient pas une narcose prolongée, à moins d'employer l'anesthésie, d'après Neumann, des deux côtés ou d'un côté seulement.

Si nous redoutons une surdité unilatérale (Wittmaack-Neumann) et que nous constatons une absence ou une défectuosité dans le reflexe calorique (Barany), ou que les symptômes de la fistule labyrinthique existent de façon à pouvoir admettre l'existence d'une labyrinthite suppurée circonscrite ou totale, nous exécuterons l'opération du deuxième côté seulement en cas d'urgence extrême, puisque, si pendant ou après l'opération l'ouverture du labyrinthe devient nécessaire, l'oreille opérée sera perdue à jamais pour l'audition.

Un cas intéressant qui probablement doit être unique dans son genre est rapporté par E. Urbantschitsch. Une fillette de quinze ans, sourde et muette, a subi l'opération radicale des deux côtés pour carie et cholestéatome du rocher. Avant l'opération, elle est complètement sourde à gauche; à droite, elle entend des paroles jusqu'à 2 mètres. Après l'opération, elle entend à droite des paroles et des phrases jusqu'à 6 mètres (*Soc. autrich. d'otologie*, 25 juin 1906). Si, pendant une complication intracrânienne, il y a nécessité absolue d'opérer l'autre côté aussi, on s'inspirera de la proposition recommandable de Koerner de ne faire que la trépanation simple.

BIBLIOGRAPHIE.

- WAGNER, *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1898, Heft 2. — HAMMERSCHLAG, Die operative Freilegung der Mittelohrräume bei den chronischen Mittelohreiterungen an der K. U. Universitäts Ohrenklinik des Prof. A. Politzer (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1899, Bd. II). — BUHE, Ueber den Einfluss der Totalaufmeisslg auf das Gehör (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVI). — GRUNERT, Beitrag zur operativen Freilegung der Mittelohrräume (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XL). — GROSSMANN, *Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. LII.
-

IV

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANTROTOMIE PRÉCOCE AU COURS DE CERTAINES SUPPURATIONS AIGUES DE L'OREILLE MOYENNE (ANTRITES AIGUES LATENTES ET ANTRITES DOULOUREUSES) (1).

Par **Henri CABOCHE.**

L'indication opératoire de la mastoïdite reste, malgré les nombreux travaux écrits sur ce sujet, un des problèmes les plus délicats qu'ait parfois à résoudre l'otologiste même le plus expérimenté. Il est pourtant des cas où l'indication opératoire semble assez précise. Indiquer ces cas est faire œuvre utile, puisque c'est resserrer d'autant le problème des indications opératoires de l'antrotomie.

Chacun sait que, dans toute otite aiguë, il y a participation de l'antre mastoïdien aux phénomènes inflammatoires. La mastoïde peut réagir douloureusement à un moment donné de son évolution, et c'est la question de savoir si cette réaction se terminera spontanément ou non, si elle traduit ou non une réaction mastoïdienne, dont la solution présente parfois de sérieuses difficultés.

Il est, toutefois, des cas qui se présentent sous tout autre apparence : nous voulons parler de ces formes d'infection de l'oreille où, d'emblée, tout se passe dans l'autre mastoïdien, des antrites aiguës.

Dans le premier groupe de faits, il s'agit d'une otite qui se complique, à un moment de son évolution, de mastoïdite; dans le second groupe, il s'agit d'une antrite aiguë qui se fistulise au dehors à travers une perforation de la membrane du tympan.

(1) Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, mai 1907.

Dans un cas, on soigne l'otite, et on espère éviter la mastoïdite (c'est dans ces cas qu'il ne faut pas se presser de faire l'antrotomie; nous avons vu souvent rétrocéder des réactions mastoïdiennes vives; et M. Sebileau insiste volontiers, dans ses causeries cliniques à Lariboisière, sur ce fait que l'indication opératoire, dans ces conditions, ne doit être posée qu'après avoir attendu; que ce n'est d'ailleurs jamais une indication d'urgence au sens rigoureux du mot). Dans l'autre, la lésion est avant tout antrale et non pas otique: c'est vers l'antra que doivent être rapidement dirigés les efforts thérapeutiques.'

Voici quatre observations qui ont servi de base à ce travail.

OBSERVATION I. — *Antrite aiguë latente. Trépanation au treizième jour. Cessation immédiate de l'otorrhée et fermeture immédiate de la fistule tympanale.* — Guérison tardive de la lésion mastoïdienne.

C..., Henri, 19 mois, vient à notre polyclinique de la rue d'Amsterdam le 20 février 1906.

Depuis trois ou quatre jours, l'enfant est grognon; il ne veut pas manger, il a un peu pâli. Il y a une faible élévation vespérale de température variant entre 37,8 et 38°. Il se plaint vaguement de son oreille droite et fait une grimace avec petit mouvement de défense quand la maman veut nettoyer cette région.

Examen du tympan: voussures du quadrant postéro-supérieur avec coloration rosée à ce niveau.

La paracentèse, faite immédiatement, amène un écoulement abondant de pus jaune bien lié.

Le lendemain, il n'y a plus de fièvre, et *il n'y eut plus de fièvre pendant toute l'évolution de l'affection.* Mais, dès lors, *l'écoulement est profus.* La nuit, l'oreiller est abondamment taché, et, dans la journée, c'est toutes les demi-heures qu'on est obligé de changer le tampon obturateur du conduit. A noter que le médecin, qui nous amena l'enfant, son parent, avait peine à croire à un otite, tellement la douleur avait été minime. Bains biquotidiens du conduit à l'eau boriquée additionnée d'un peu d'eau oxygénée, suivis d'un lavage à l'eau bouillie sans pression.

Pendant douze jours, on assiste à l'évolution de cet écoulement profus sans qu'on puisse constater une diminution de sa quantité, au contraire. *A aucun moment il y eut de réaction mastoïdienne; pas la moindre douleur spontanée; la pression, exercée très forte-*

ment au niveau de l'antre, provoque à peine une légère grimace du patient. *A aucun moment la température ne dépassa 37°,6.*

Pourtant, devant la persistance de l'abondance extrême de l'écoulement et craignant que des dégâts sérieux ne se fassent derrière la corticale mastoïdienne, nous proposons l'antrotomie, qui est acceptée et pratiquée le 5 mars.

Au premier coup de gouge appliqué au lieu d'élection, le pus sort sous pression, jaune et bien lié.

Nous constatons, au cours de la trépanation, une disposition un peu spéciale : une sorte de dédoublement de l'antre mastoïdien par une cloison osseuse horizontale. Le compartiment situé au-dessus de la cloison se termine en avant par une sorte de cul-de-sac s'avancant vers la racine de l'apophyse zygomatique. Une perforation de la partie antérieure de la cloison faisait indirectement communiquer notre cavité avec la caisse. Le compartiment inférieur communiquait directement en avant, ou plutôt s'abouchait directement en avant avec l'aditus. Quoi qu'il en soit de cette disposition, qui ne nous intéresse pas pour le moment, les deux cavités étaient remplies de pus.

A la pointe, nous trouvons une cellule volumineuse remplie de pus et séparée de la région précédente par une zone de tissu osseux ostéitique.

Curettage minutieux des fongosités qui accompagnent la lésion.

Tamponnement de la cavité opératoire. Introduction d'une mèche stérilisée dans le conduit jusqu'au contact du tympan.

Le quatrième jour, le pansement est levé; l'écoulement du conduit a complètement disparu; la mèche du conduit est sèche et, au pansement suivant, la membrane tympanique est cicatrisée.

La brèche mastoïdienne ne se comble malheureusement qu'avec lenteur. L'enfant est de nature très lymphatique, présente des antécédents bacillaires, ce qui nous explique probablement la lenteur de la réparation des lésions. La plaie bourgeonne mal dans la profondeur, tandis qu'à la surface se produisent des bourgeons exubérants, de mauvaise nature, qui resserrent l'orifice de la brèche avec une rapidité extraordinaire; tellement que, les dix premiers jours, la plaie est transformée en une sorte de fistule. Au fond vers l'aditus, le stylet rencontre un point osseux non recouvert de bourgeons.

Après plusieurs curettages des bords de la plaie pour lutter contre cette atrésie, et devant la persistance de ce point dénudé dans la profondeur, je décide de faire sous chloroforme un curetage général de la cavité, avec l'arrière-pensée de trouver peut-être

un point osseux ostéitique en voie de séquestration ou quelque petite cellule purulente oubliée lors de la première intervention. Je ne trouve absolument rien.

Même lenteur de bourgeonnement. Pourtant, le 29 juin, la plaie semble définitivement comblée, et une pellicule épidermique a obturé l'ancienne cavité. Mais, le 7 juillet, apparaissait un tout petit peu de fièvre, de malaise, et la plaie s'ouvrait de nouveau.

A la fin de juillet, on envoie le patient au bord de la mer, pensant que l'atmosphère saline pourrait activer la régénération osseuse.

Le but poursuivi fut obtenu ; car, au bout de quinze jours de séjour, la plaie se fermait définitivement. Mais le bourgeonnement du fond de la cavité avait été presque nul : il en résulte une dépression cicatricielle du volume d'une petite noisette derrière le pavillon de l'oreille.

OBSERVATION II. — Antrite aiguë latente. Trépanation de nécessité un mois après le début. Cessation immédiate de l'otorrhée et fermeture de la fistule tympanale. Plaie encore en traitement sept semaines après l'opération.

B..., Paul, 2 ans et 9 mois, nous est amené à notre polyclinique de la rue d'Amsterdam, le 8 mars 1907, pour un écoulement extrêmement abondant, profus, de l'oreille gauche. Cet écoulement est survenu dans la journée du 21, à la suite de violentes douleurs de l'oreille apparues la nuit précédente et qui cessent avec l'apparition de l'écoulement. Depuis le 19 février, l'enfant était malade, fatigué, sans appétit. Le 20 et le 21, il reste au lit avec de la céphalalgie, une fièvre intense (disent les parents ; mais elle n'a pas été évaluée au thermomètre).

Avec l'extériorisation du pus, les phénomènes généraux semblent s'amender : l'enfant se lève un peu ; pourtant il reste faible et pâle. Les soins donnés jusque-là ont consisté en lavages de l'oreille par le conduit auditif externe avec une solution à parties égales d'eau boriquée et d'eau oxygénée, suivis d'instillation de glycérine résorcinée.

Lorsque nous voyons le malade, l'écoulement, qui remonte déjà à quatorze jours, est extrêmement abondant, profus. De couleur jaune verdâtre, il est épais, bien lié, sans cependant présenter de viscosité. Après un lavage évacuateur du conduit, on constate une perforation du quadrant postéro-supérieur du tympan, large, très suffisante, d'où l'on voit immédiatement sourdre du pus, après un nettoyage minutieux avec un tampon sec.

Le petit patient n'accuse aucune douleur spontanée ; la mastoïde

ne présente aucune modification objective : *elle n'est aucunement douloureuse à la pression, même exercée avec force*; il n'y a pas de fièvre ; *à aucun moment nous n'avons constaté d'élévation de température.*

Malgré l'absence évidente d'obstacle à l'écoulement du pus, nous agrandissons la perforation tympanique.

Nous avons, dès ce moment, la conviction que nous sommes en présence d'une antrite suppurée qui ne pourra guérir que par une intervention. Mais les parents sont peu enclins à se prêter à une intervention en apparence si peu indiquée, et nous faisons de l'expectation armée.

Les choses vont ainsi sans se modifier, l'écoulement toujours profus obligeant à changer le tampon obturateur du conduit au minimum toutes les heures jusqu'au 20 mars.

A cette époque, nous constatons un peu de sensibilité antrale; la région, sans œdème, paraît un peu rosée. Nos prévisions se réalisent : la suppuration va évoluer vers l'extérieur. Il n'y a pas eu la moindre modification dans l'écoulement. Néanmoins nous faisons une nouvelle paracentèse du tympan.

Le 27 mars, la région mastoïdienne est le siège d'un gonflement très appréciable, rouge, douloureux. Malgré l'apparition de ce symptôme, l'écoulement reste toujours aussi abondant.

L'intervention est acceptée pour le lendemain matin 23.

Dans la nuit, les phénomènes locaux s'accroissent avec une rapidité extrême, et, le matin de l'opération, on est en présence d'une collection sous-périostée mastoïdienne et temporale, avec gonflement considérable des tissus, rejet du pavillon en avant, etc...
Pas de température.

Opération. — Incision habituelle parallèle au sillon rétro-auriculaire ; volumineuse collection sous-périostée. Après rugination du périoste, on constate, au niveau de la tache criblée, une trépanation spontanée de la corticale de la dimension d'une petite lentille par où sort du pus sous pression.

On agrandit cette perforation par ablation de la corticale environnante; on tombe alors sur une cavité volumineuse occupant la presque totalité de la mastoïde remplie de pus épais jaune, bien lié. *Au milieu du pus, nous trouvons un séquestre* du volume d'un petit pois, présentant sur sa surface plusieurs arêtes à direction oblique et croisée les unes par rapport aux autres et qui sont manifestement le reliquat des cloisons mastoïdiennes disparues.

Il est évident que la cavité que nous venons de découvrir correspond non seulement à l'ancre, mais à d'autres cellules mastoïdiennes

détruites. Curettage des fongosités et des parois de la cavité, qui sont complètement ostéitiques. Destruction à la curette du reliquat de la pointe constituée par une sorte de bouillie osseuse qui s'enlève sans résistance.

Tamponnement de la cavité à la gaze stérilisée.

Le pansement est enlevé le troisième jour. *La mèche du conduit est complètement sèche et l'écoulement a définitivement cessé depuis ce jour.* Pansement de la cavité mastoïdienne tous les deux jours.

La plaie ne suppure pas; elle prend rapidement l'allure d'une plaie aseptique; pourtant, après s'être comblée assez rapidement (elle présente actuellement la dimension d'un petit haricot), la marche se ralentit. Nous constatons actuellement, vers la partie moyenne, un point ostéitique non recouvert de bourgeon. L'enfant est chétif, pâle, à l'aspect strumeux: il se pourrait que la guérison fût lente, comme dans l'observation précédente. Nous envoyons le malade à la campagne.

OBSERVATION III. — *Antrite aiguë latente. — Trépanation de nécessité un mois après le début. Cessation immédiate de l'otorrhée et fermeture immédiate de la fistule tympanique. Malade encore en traitement.*

D..., Marguerite, 5 ans, est atteinte, le 1^{er} mars 1907, à la suite d'une grippe, d'une otite moyenne aiguë qui s'ouvre spontanément dans le conduit. Le médecin qui l'a soignée nous raconte que, dès le début, la suppuration fut véritablement profuse, faisant la nuit d'énormes taches sur l'oreiller et nécessitant, le jour, un changement du coton obturateur au moins toutes les heures.

Nous sommes appelé auprès d'elle le 30 mars.

Depuis quarante-huit heures, l'enfant, qui ne souffrait plus depuis l'apparition de l'écoulement, qui n'avait jamais présenté de douleurs mastoïdiennes, commence à souffrir derrière l'oreille, et très rapidement apparaissent de l'œdème mastoïdien, puis de la rougeur, puis du décollement très prononcé du pavillon.

Nous constatons un écoulement profus par le conduit; chute de la paroi postérieure osseuse du conduit. Température rectale, 38°. Trépanation mastoïdienne le soir même: abcès sous-périosté, fistule de la corticale au lieu d'élection, au niveau de la tache criblée. La fistule est de la dimension d'une lentille et laisse faire hernie des fongosités purulentes. L'antrum profond est rempli de fongosités purulentes.

Toute la corticale est friable, ardoisée; dès qu'elle est enlevée, on tombe sur des cellules osseuses complètement fongueuses.

La paroi osseuse du sinus latéral est très bombée et délimite entre son bord antérieur et la paroi postérieure du conduit une rigole allant de l'antre à la pointe, large dans sa profondeur de 3 millimètres environ et bourrée de fongosités. Le long du bord postérieur : nombreuses fongosités purulentes.

Du côté de l'antre, on trouve, comme dans l'observation I, une cloison horizontale et sagittale séparant l'antre de la partie moyenne de l'apophyse. La partie antérieure de cette cloison présente également une ouverture faisant communiquer l'antre avec le reste de la mastoïde.

La pointe est réduite en une bouillie osseuse. C'est du tissu à la fois lardacé, osseux et purulent, qu'on cueille à la curette.

En somme, la mastoïde était transformée en une véritable éponge purulente dans sa moitié inférieure.

Tamponnement de la cavité à la gaze stérilisée. Mèche dans le conduit. *Au premier pansement, la mèche du conduit est retirée sèche; l'écoulement a cessé.*

Malade encore en traitement.

OBSERVATION IV. — *Antrite aiguë douloureuse. Trépanation le quatorzième jour. Lésions très étendues. Cessation immédiate de l'otorrhée et fermeture immédiate de la fistule tympanale.*

... J, fillette de 5 ans et demi : à la suite d'une poussée d'adénoïdite aiguë survenue trois semaines avant et ayant déterminé une inflammation de tous les ganglions cervicaux, superficiels et profus, se plaint, le 13 juillet 1906, de douleur de l'oreille droite avec fièvre, douleur surtout mastoïdienne. Le médecin de la famille, appelé en hâte, constate dès le début une douleur très vive à la pression, au niveau de l'antre. Nous voyons la malade le 14 au soir. La malade se plaint bien plus de douleur mastoïdienne que de douleur d'oreille. Nous constatons effectivement une douleur véritablement exquise à la pression antrale. Le tympan présente une teinte rosée, pâle, uniforme, mais avec rougeur et bombement du segment postéro-supérieur. Température, 38° 3. Paracentèse large occupant la voussure et la partie du segment postéro-inférieur avoisinante; écoulement immédiat de pus épais, filant, abondant. Le soir, 39° 5; la douleur existe toujours à la pression. Le lendemain et jours suivants, la douleur à la pression diminue; la température oscille entre 37° 5 et 37° 9. Le 18 au soir, la douleur semble augmenter à la pression antrale; on constate également une douleur à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde. Température, 38°. L'écoulement par le conduit, sans être profus, est très abondant,

extrêmement visqueux, difficilement détachable du conduit par le lavage. Le 19 au matin, température, 38°,2; le soir, 39°,5. Le tympan ne présente pas de voussure, mais il est uniformément lymphangitique : on voit le pus sourdre par la perforation de la paracentèse. Pensant à une rétention dans la caisse, nous faisons *une nouvelle paracentèse qui n'évacue aucune collection tympanique*. C'est donc bien dans les cavités mastoïdiennes que toute la lésion évolue. Le lendemain 20, température 36°,9, diminution très nette de la douleur à la pression. Quant aux douleurs spontanées, elles ont presque complètement cessé depuis trois jours et ne reparaissent (d'ailleurs très faibles) que pendant quelques minutes à 8 heures du soir, à 3 heures et 8 heures du matin. Du 20 au 23, la température remonte, puis oscille le 23 entre 37°,8 et 38°,3; la douleur à la pression, qui avait diminué au point de faire croire à une rétrocession, réapparaît. Le 23, notamment, on apprend qu'elle s'est plainte de douleur mastoïdienne dans la nuit; et, à cinq heures du matin, en changeant le coton de l'oreille, la bonne d'enfant s'aperçoit que ce coton, dont l'application remontait à une heure avant, n'était pas taché. Il y avait donc une rétention antrale; mais l'écoulement s'était reproduit extrêmement abondant. Le 25, l'écoulement reste extrêmement abondant; cependant la température tombe à 37°,5; la douleur antrale à la pression diminue. Nous proposons néanmoins l'intervention, qui n'est pas acceptée.

Le 26 au matin, 38°; soir, 39°,5. Le 27 au matin, 37°,8; soir, 39°,5. Le 28 au matin, 37°,2; soir, 37°,9. L'écoulement est de plus en plus abondant. La pression révèle toujours une douleur au niveau de l'antra et à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde. L'intervention estalors acceptée par la famille et pratiquée le dimanche 29 au matin.

Trépanation au lieu d'élection. Comme dans deux des observations déjà données, on trouve l'antra cloisonné en quelque sorte par une cloison horizontale, en deux compartiments, un supérieur et un inférieur, communiquant vers l'aditus grâce à une perforation de cette cloison. Le pus sort au premier coup de gouge sous une pression modérée : il est entièrement visqueux. Au-dessous de l'antra, la partie moyenne de la mastoïde est occupée par une cavité du volume d'une noisette, emplie également de pus épais et filant, visqueux. L'extrême pointe enfin est également occupée par de toutes petites cellules du volume d'un grain de mil, d'où la gouge fait sortir du pus. Tout ce tissu osseux est extrêmement mou, friable. Curettage minutieux de toutes les parois de ce tissu osseux;

ablation à la pince de la cloison de dédoublement de l'antre. On rencontre en arrière la loge osseuse du sinus latéral, qu'on respecte naturellement et dont le bord antérieur est remarquablement rapproché de la paroi postérieure du conduit auditif externe. Son bord postérieur nous est encore caché par le quart postérieur de la corticale mastoïdienne, que nous enlevons à la pince-gouge ; nous trouvons alors sous cette corticale, à la limite de la mastoïde et de l'occipital, des fongosités purulentes qui expliquent bien la douleur qui n'a cessé d'exister à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde.

Les 29, 30 et 31 juillet, la température oscille entre 37°,6 le soir et 37°,3 le matin. Pas de douleur.

Le troisième jour après l'opération, nous pratiquons le pansement. La mèche du conduit est retirée absolument sèche, pas une goutte de pus ne s'était écoulée par la fistule tympanique. Depuis, jamais l'écoulement n'est reparu dans le conduit jusqu'à la guérison complète.

A part une nouvelle et minuscule intervention faite le 11 août et nécessitée par la présence d'une cellule sus-méatique suppurante qui avait passé inaperçue à la première opération, la guérison se fit progressivement et régulièrement. La cavité se combla progressivement de bourgeons charnus de bonne nature, et la guérison définitive avait lieu le 25 septembre.

Ces quatre observations présentent un certain nombre de caractères communs, qui tous conduisent à cette conclusion que, d'emblée, la lésion était antrale et non otique et, de plus, qu'il s'agit de lésions ostéitiques sérieuses.

Ce sont : la profusion de l'écoulement ; l'opposition flagrante entre l'état du tympan et les autres symptômes ; la cessation brusque de l'écoulement après l'intervention.

La profusion de l'écoulement, sans aucune tendance à la diminution (au contraire) pendant dix jours consécutifs, est la signature de l'origine antrale de la suppuration, bien qu'il n'y ait aucune réaction mastoïdienne. Il faut évidemment une cavité relativement grande, comme l'antre mastoïdien, pour expliquer une pareille suppuration. Il faut de plus que l'os soit très touché pour que la suppuration ne s'atténue pas.

L'opposition est flagrante entre l'état du tympan et les lésions mastoïdiennes : si la lésion était otique, on devrait trouver une infiltration lymphangitique de la membrane ; au

lieu de cela, c'est un simple état rosé de cette membrane avec voussure au niveau du segment postéro-supérieur, c'est-à-dire vers l'aditus, vers le point d'abouchement de l'antra dans la caisse, et cela aussi bien pour la forme latente que pour la forme douloureuse. Le début de l'affection, dans la forme douloureuse, est d'ailleurs tout à fait significatif : ce n'est pas de l'oreille que l'enfant se plaint, mais, dès le début, c'est de la région antrale, et, dès le début, la pression révèle à ce niveau une douleur véritablement exquise.

La cessation brusque de l'écoulement immédiat après l'antrotomie confirme qu'il s'agissait bien de lésion antrale et non otique.

L'étendue des lésions trouvées au cours de l'opération est aussi à noter.

Il est curieux de voir que le malade de l'observation I, chez lequel nous sommes intervenu le douzième jour, présentait des lésions aussi graves que les trois autres, où l'opération a été beaucoup plus tardive : preuve nouvelle que, dans ces mastoïdites latentes à écoulement profus, il y a rapidement des lésions ostéitiques qu'il serait dangereux de laisser évoluer. C'est ce qui faisait dire à Luc, à cette tribune, il y a quelques années, que ce qu'il pouvait arriver de mieux à ces malades était que les premiers symptômes de menace d'extériorisation vissent rapidement autoriser le chirurgien à intervenir.

Mais, si tout se passe dans la mastoïde et non dans la caisse, et si les lésions osseuses sont rapidement étendues, nous devons ne pas perdre de temps en des paracentèses répétées, qui ne peuvent être suffisantes, mais donner issue au pus par l'antrotomie. C'est, somme toute, appliquer à cette catégorie de suppurations la règle générale de la chirurgie, qui veut qu'une cavité suppurante soit largement ouverte.

Nous pensons donc que si, au bout de huit à dix jours, l'écoulement n'a aucune tendance marquée à perdre son caractère profus, on est autorisé à faire l'antrotomie.

Nous n'avons en vue, dans cette étude, que les antrites aiguës des enfants : il est possible que l'état lymphatique des sujets soit la cause de ce caractère profus de la suppuration et

de l'étendue des lésions; nous serions d'autant plus disposé à le croire que, dans une de nos observations, la guérison a été longue et que, dans une autre (observation II) des points osseux ne sont pas encore recouverts de bourgeons charnus.

Quoi qu'il en soit de la cause de la profusion de l'écoulement, l'indication, d'après les faits ci-dessus relatés, nous paraît nette : l'opération ne présente véritablement pas de danger sérieux, et, d'autre part, on ne sait pas ce que pourrait donner, au point de vue fonctionnel, un trop long séjour dans le pus de l'articulation de l'enclume et du marteau.

Concluons donc :

Il existe chez les enfants une variété d'infection du compartiment moyen de l'appareil auditif, dans laquelle les lésions antrales prennent d'emblée une prédominance manifeste sur celles de l'oreille moyenne proprement dite. Il s'agit d'antrite aiguë bien plus que d'otite aiguë.

Cliniquement, elle peut revêtir deux allures différentes : forme douloureuse; forme latente.

Forme douloureuse. — Elle se caractérise par une douleur extrêmement vive, non pas auriculaire, mais antrale d'emblée. L'enfant se plaint bien un peu de son oreille, mais surtout et presque exclusivement de sa mastoïde. L'antrite est, dès le premier jour, le siège d'une douleur *exquise à la pression*. Le tympan n'a aucunement l'aspect lymphangitique qu'on voit dans les otites moyennes aiguës franches. Toute sa lésion tient dans une vascularisation légère du quadrant postéro-supérieur avec voussure à ce niveau. La paracentèse donne cours à un écoulement qui, sans être profus, est cependant abondant.

Forme latente. — La douleur est ici extrêmement minime : l'affection tient tout entière dans un écoulement purulent profus sans réaction mastoïdienne douloureuse, ni spontanément, ni à la pression, sans élévation de température. L'aspect du tympan est le même que dans la forme précédente. Malgré ce peu de réaction symptomatique, les lésions osseuses sont très étendues et aboutissent, si on n'intervient pas, à la perforation spontanée de la corticale. Il ne s'agit pas là d'un accident causé par la rétention purulente, puisque

l'écoulement reste toujours profus, mais d'un travail ulcératif causé par la progression des lésions osseuses.

Cette forme d'otite est justiciable d'un traitement spécial qui ne peut être que chirurgical : l'écoulement de la mastoïde malade se fait par une fistule tympanique ; il faut lui donner un large drainage par l'antrotomie. La fistule tympanale se fermera aussitôt.

L'opération devra être précoce (huit à dix jours au plus après le début de l'affection). Si, à ce moment, l'écoulement reste profus, *s'il ne présente aucune tendance* nettement caractéristique à la diminution (forme latente), ou si, avec un écoulement peu abondant, il persiste de la douleur antrale à la pression, ou, à plus forte raison, de la douleur à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde (forme douloureuse), c'est qu'il y a de l'ostéite entretenant cet écoulement profus, ou des lésions suppurantes diffuses expliquant la persistance de la douleur, et il faut opérer.

Il n'entre pas dans notre esprit de vouloir trépaner immédiatement toute antro-tympanite douloureuse ou profuse. Nous avons observé des antro-tympanites douloureuses qui ont guéri après une simple paracentèse du tympan. Mais, dans ces cas, dès le quatrième jour, la suppuration commence à diminuer pour disparaître le huitième jour, quelquefois plus tôt, tandis que la douleur à la pression cède presque immédiatement. L'écoulement diminue de même très rapidement dans la forme profuse, quand elle doit guérir.

Nous avons simplement voulu, dans cette note, opposer à l'otite moyenne aiguë, qui *se complique de mastoïdite* à un moment donné, l'antro-tympanite aiguë, où *la lésion est mastoïdienne d'emblée et s'ouvre dans la caisse*. Cette forme présente très rapidement des lésions étendues : si, au bout de huit ou dix jours au maximum, les symptômes ne sont pas en retrocession manifeste, c'est qu'il y a ostéite, et l'antrotomie doit être pratiquée sans retard.

EXPLORATION DIAMÉTIQUE DU SINUS MAXILLAIRE AVEC LE STYLET.

Par **HÉLOT** (de Rouen).

Après avoir acquis la certitude de la présence du pus dans le sinus maxillaire, par une ponction faite dans le méat inférieur, il est utile de se renseigner sur l'état des parois du sinus. C'est dans ce but que nous pratiquons systématiquement l'examen diamétique du sinus maxillaire avec le stylet, procédé de diagnostic simple, puisqu'il ne nécessite aucun instrument nouveau.

Le lavage diamétique du sinus maxillaire étant fait à l'aide du trocart courbe de Krause, on laisse la canule en place, et on introduit par son ouverture un stylet nasal ordinaire, auquel on a donné la courbure du trocart (1). L'extrémité du stylet pénètre plus ou moins dans le sinus et s'y trouve arrêté par une paroi dure (sinus normal, empyème) ou par une paroi molle (sinusite). Grâce à la courbure du trocart de Krause, on peut explorer, en tournant le pavillon de la canule en bas ou en haut, la partie supérieure ou la partie inférieure du sinus.

La pointe du stylet, en arrivant au contact de la muqueuse sinusienne, donne donc une sensation de résistance plus ou moins grande ; si la muqueuse est saine, le stylet est arrêté nettement par une paroi dure : *dans un sinus normal, le stylet ne sent pas la muqueuse*. La muqueuse est-elle au contraire épaissie, fongueuse, on arrive sur une paroi molle,

(1) Je marque, par un trait sur le stylet, la longueur de la canule, pour ne pas pousser trop énergiquement le stylet au moment où il pénètre dans le sinus. Cette marque pourrait aussi renseigner sur les dimensions du sinus, mais il faudrait savoir de combien la canule pénètre dans la cavité, ce qui serait facile en plaçant sur elle un arrêt.

et on n'a pas la sensation spéciale de résistance nette et dure caractéristique du sinus normal.

Tels sont les résultats de plusieurs examens pratiqués sur des malades atteints d'empyème et de sinusite, résultats confirmés par des expériences à l'amphithéâtre, où nous avons pu faire le diagnostic d'épaississement de la muqueuse du sinus à l'aide du stylet et vérifier ce diagnostic par l'ouverture du sinus faite par la fosse canine.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner par l'exploration diamétrique au stylet d'autres affections que des empyèmes ou des sinusites maxillaires, mais nous sommes persuadés que ce procédé pourrait donner des renseignements utiles au point de vue du diagnostic et de la marche à suivre dans le traitement.

Nous pensons aussi que ce mode d'examen du sinus peut être modifié et perfectionné. Cette simple note n'a d'autre but que d'attirer l'attention sur un procédé simple, que nous croyons nouveau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS.

Président : WEISSMANN.

6 Décembre 1907.

CASTEX. — Syphilis secondaire grave du larynx. — Castex présente un jeune homme atteint de syphilis laryngée secondaire grave. Bien que l'affection semble ignorée du malade, elle est confirmée par des papules sur le gland, des plaques muqueuses sur la face supérieure de la langue, sur la lèvre inférieure et les piliers antérieurs du voile. Le larynx est très infiltré dans sa totalité, mais particulièrement à l'épiglotte, qui est épaissie et couverte d'ulcérations artificielles. Il est presque impossible de voir l'intérieur du larynx. Le malade a éprouvé quelques menaces d'étouffement. Néanmoins, pas de souffrance en avalant, ce qui élimine l'idée de tuberculose. Ce jeune homme a déjà reçu deux piqûres, de 2 centimètres cubes chaque, de benzoate de mercure. Elles ont un peu amélioré les lésions.

KÖENIG. — Un séquestre libre dans la narine droite, d'origine probablement traumatique, la muqueuse étant intacte. — Koenig présente un homme d'environ 45 ans, se plaignant de catarrhe et de cacosmie subjective. L'examen de la narine droite révéla une esquille osseuse triangulaire et mince d'environ 1 centimètre cube, ressemblant à un morceau du vomer, et placée perpendiculairement au plancher, entre le septum et les cornets. Après extraction, aucune ulcération, perte de substance ou déchirure de la muqueuse n'existait. Comme commémoratif, pas de syphilis; mais, il y a cinq ans, le malade reçut un violent coup de

poing sur le nez, suivi d'une abondante épistaxis, qui s'arrêta spontanément.

PAUL LAURENS. — Volumineux angiome du voile du palais et du pharynx traité par l'électrolyse. — Paul Laurens présente la malade qui a fait l'objet de sa communication à la séance précédente. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants : disparition de la tumeur, fonctionnement normal du voile. Seules persistent une teinte légèrement violacée et de petites trainées variqueuses.

PAUL LAURENS. — Tumeur du sinus piriforme droit. — Paul Laurens présente ensuite un malade atteint de cette affection. Le diagnostic est à faire entre une lésion gommeuse et une tumeur maligne.

LUBET-BARBON fait le diagnostic d'épithélioma, mais il pense qu'on pourrait essayer encore le traitement ioduré en forçant la dose, qui serait portée de 2 à 6 grammes par jour ; cette dernière dose lui paraîtrait nécessaire pour trancher la question.

KOENIG, contrairement à l'avis émis par d'autres membres de la Société, croit que ce malade n'est pas inopérable. L'envahissement ne semble pas aussi prononcé que dans les cas présentés à la Société de laryngologie de Londres, il y a deux ou trois ans, par Lambert Lack, et où ce chirurgien obtint des succès opératoires éclatants après que tous ses collègues avaient déclaré les cas inopérables.

LERMOYEZ. — Procédé de conservation aseptique des aiguilles à paracentèse du tympan. — Lermoyez décrit ainsi ce procédé :

La stérilisation à froid, par agents chimiques, est traditionnelle, mais illusoire. Elle est plus dangereuse pour les fragiles instruments du spécialiste que pour les microbes qu'ils portent. L'alcool absolu, le chloroforme, souvent employé par les auristes, n'ont aucune action microbicide, même après un contact de quarante-huit heures.

La stérilisation à chaud offre seule toute sécurité. Cependant l'emploi de la chaleur sèche doit être déconseillé pour les fines aiguilles. Le flambage, s'il est sérieux, les détériore complètement, et l'étuve à air sec surchauffé est un procédé trop lent et trop infidèle.

La chaleur humide est infiniment préférable. L'ébullition de dix minutes dans la solution de carbonate de soude à 2 p. 100 donne des résultats excellents. Cependant ce procédé ne s'applique

pas aux instruments dits « de réserve », qui doivent être conservés aseptiques, pendant un temps plus ou moins long, toujours prêts à servir au premier appel.

Voici quel est le procédé applicable en cette occurrence : placer l'aiguille à paracentèse dans un tube à fermeture de canette et plein d'une solution de borate de soude à 2 p. 100, qui a pour but de prévenir sa rouille. Autoclaver ce tube pendant une demi-heure à 120°, puis le fermer. Le spécialiste aura ainsi une série de tubes, de conservation indéfinie, et où il pourra extemporanément puiser ses instruments, rigoureusement stériles.

LERMOYEZ. — Modifications à la technique classique de l'adénotomie. — Lermoyez fait remarquer que deux grands progrès ont été récemment réalisés dans la technique classique de l'adénotomie, par l'introduction dans la spécialité oto-laryngologique du masque de Camus et de l'adénotome de Fein.

Le masque de Camus a rendu l'anesthésie plus simple et surtout beaucoup plus inoffensive. Il utilise le chlorure d'éthyle. Cet anesthésique a, sur le bromure d'éthyle, l'immense avantage de son élimination presque instantanée : une ou deux minutes après le réveil, il a déjà disparu du sang. D'où il résulte que le patient, une fois revenu à lui, n'éprouve aucun des symptômes d'intoxication consécutifs (maux de tête, somnolence, vomissements, haleine fétide) qui sont l'accompagnement obligé de l'anesthésie brométhylrique, car la fixation du brométhyle sur le sang est tellement énergique qu'elle demande deux ou trois jours pour se défaire.

Jusqu'ici, cependant, l'anesthésie chloréthylrique avait peu séduit les spécialistes, car elle était infidèle : en raison de l'extrême volatilité de ce produit, il était difficile d'en faire absorber au patient une quantité déterminée : on en donnait ou beaucoup trop, ou trop peu. L'appareil de Camus, en permettant d'endormir mathématiquement un enfant ou un adulte avec, au maximum, deux ou trois centimètres cubes de chloréthyle, a rendu cette anesthésie éminemment pratique. Depuis que M. Lermoyez se sert de cet appareil, il en a observé de si heureux effets qu'il a renoncé à l'usage du brométhyle, que jamais il n'administrerait sans quelque appréhension.

L'adénotome de Fein est un instrument très original, qui d'abord étonne quelque peu les mains habituées à manier l'adénotome droit classique, mais qui, à condition de n'avoir pas de parti pris, convainct bientôt de sa supériorité.

Construit sur le principe mécanique de la manivelle, et reportant au dehors de la bouche le point de rotation de l'instrument, il permet de faire le curettage complet du cavum, sans qu'il y ait lieu aucunement de se préoccuper du plus ou moins d'écartement des mâchoires. La lame est capable de décrire une excursion d'une demi-circonférence: elle monte assez haut pour atteindre les végétations rétro-choanales souvent inaccessibles aux curettes banales et descend assez bas pour toujours ramener automatiquement dans la bouche les végétations sectionnées.

MAHU. — Prothèse externe avec paraffine à froid. — Mahu présente une jeune femme dont le nez, fortement déformé par des lésions lupiques, a repris un extérieur tout à fait convenable. Il attire l'attention de ses collègues sur l'emploi du *procédé à froid, qui est absolument sans danger*, et sur les avantages qu'il y a à le substituer au procédé à chaud toutes les fois que cela est possible.

LERMOYEZ et MAHU. — Un nouveau ventilateur à pression pour l'appareil à air chaud. — Lermoyez et Mahu présentent un nouveau générateur d'air comprimé mû par l'électricité.

Cet appareil, construit par Gaiffe, est extrêmement simple: il a la forme d'un disque de 2 centimètres d'épaisseur, sur une douzaine de centimètres de diamètre et peut être mû directement par le moteur ordinaire des spécialistes, en fixant ces deux appareils bout à bout, axe sur axe. Le tube d'aspiration peut remplacer une trompe à faire le vide.

10 Janvier 1908.

CORNET. — Du rôle possible des auto-intoxications, en particulier de l'auto-intoxication gastro-intestinale, dans l'étiologie de certaines affections des oreilles, du nez et du larynx. — Cornet a rencontré très fréquemment l'auto-intoxication gastro-intestinale chez des malades atteints d'otosclérose ou d'affections catarrhales des voies aériennes supérieures ne pouvant s'expliquer par aucune cause locale: coryzas chroniques non adénoïdiens, rhinites hypertrophiques, laryngites à forme congestive. Sans

qu'il lui soit possible d'affirmer une relation de cause à effet entre les troubles digestifs et les modifications locales, il estime cependant que l'auto-intoxication peut représenter un des facteurs étiologiques de ces affections et, en particulier, de l'otosclérose. Dans un certain nombre de cas observés au début, il a pu, par le seul traitement de l'appareil digestif, améliorer les symptômes subjectifs, et, dans les cas de rhinite et de laryngite, faire recéder l'élément congestif. L'hypothèse de l'origine auto-toxique de l'otosclérose serait d'ailleurs corroborée par ce fait qu'il peut exister, chez les auto-intoxiqués intestinaux, des lésions scléreuses de divers organes sous la dépendance directe de l'intoxication. L'intoxication gastro-intestinale ne représenterait d'ailleurs pas le facteur unique de cette affection : d'autres auto-intoxications pourraient déterminer sur l'oreille des lésions identiques, telles que l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, l'intoxication gravidique.

LUC croit qu'on ne saurait trop féliciter Cornet d'avoir abordé un des sujets les plus ingrats de l'oto-rhino-laryngologie, ni trop apprécier la clarté et l'élégance de son argumentation.

Il craint malheureusement que sa thèse ne soit pas près de sortir du domaine de la théorie. En face de l'impuissance de nos traitements locaux les plus variés à l'égard de l'otite scléreuse, nous serions trop heureux si nous pouvions en trouver le remède dans un traitement d'ordre hygiénique et alimentaire. LUC a lui-même bien souvent interrogé ses malades, surtout les plus à plaindre, ces jeunes gens dont l'ouïe commence à fléchir sur la vingtième année. Tous, ou presque tous, étaient d'une sobriété parfaite et ne présentaient aucun trouble digestif.

En revanche, la plupart comptaient dans leurs antécédents des sourds ou des gouteux. LUC a donc été de bonne heure amené à la conclusion qu'il s'agissait moins d'une maladie fabriquée par ceux qui en sont porteurs que d'un mal transmis par l'hérédité. Et c'est là la principale raison de son caractère décevant.

CAUZARD rappelle que Jacquet a cité des cas d'hydrorrhée nasale guéris par la diète chlorurée. Il demande quelle était la pression artérielle des malades. Lafite-Dupont a rencontré de l'hypertension chez de nombreux scléreux et tend à faire de l'otosclérose un petit signe d'artériosclérose.

MOUNIER approuve entièrement ce que vient de dire Cornet dans sa très intéressante communication, d'autant qu'il a publié lui-même, il y a plusieurs années, un travail de même nature intitulé : *Du rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans le coryza*

périodique et apériodique; il y mettait en relief l'importance des troubles gastro-intestinaux comme cause souvent unique des poussées de rhinite, de pharyngite et de trachéite à répétition.

JULES GLOVER. — Ectasie de la portion horizontale de la crosse aortique au niveau du tronc brachio-céphalique. Hémiplegie laryngée récurrentielle droite. Mort subite sans rupture du sac. Son explication anatomo-clinique. — Jules Glover, à propos de ce cas et d'autres analogues, étudie le mécanisme de la mort subite. Chaque fois, il existait des altérations organiques des pneumogastriques, périnévrite et névrite segmentaire périaixile avec boules de myéline dans le récurrent lésé, que l'auteur attribue à l'étranglement du phrénique au point où ce nerf est enserré par le fascia thymique, la plèvre et le péricarde à la suite d'un processus inflammatoire, scléreux, néoplasique ou destructif quelconque des formations conjonctives de cet espace du médiastin.

GUISEZ. — Administration du chlorure d'éthyle à doses minimes et fractionnées par l'appareil Decolland. — Guisez présente un appareil inventé par Decolland, chirurgien-dentiste à Paris, pour l'administration du chlorure d'éthyle, et dont il se sert avec grand bénéfice depuis un an.

Cet appareil permet l'anesthésie à l'aide de très faibles doses de chlorure d'éthyle. Il a sur les masques et autres appareils similaires dont on se sert jusqu'à maintenant les avantages suivants :

1° Bris de l'ampoule dans un récipient éloigné de la figure du patient et des mains de l'opérateur et maintien du liquide en suspens;

2° Imprégnation progressive et méthodique de l'anesthésique et par conséquent suppression du danger de la syncope du début, ce qui était jusqu'à présent le grand défaut des appareils;

3° Possibilité de continuer l'administration de l'anesthésique pour l'opération de plus longue durée, l'appareil restant toujours chargé.

MAHU remarque que l'appareil, si ingénieux mais un peu encombrant, de Decolland et qui doit être d'une grande utilité pour les anesthésies prolongées, paraît être moins utile pour les laryngologistes qui se transportent le plus souvent à domicile pour les petites interventions et, en particulier, pour l'ablation des végétations adénoïdes.

Dans le masque de Camus que Mahu emploie depuis longtemps déjà, on peut facilement graduer l'action du chlorure

d'éthyle, à la condition que l'ampoule soit, au moment de son introduction dans le masque, à une température assez basse (sortant de la glace par exemple) et portée progressivement à une température de plus en plus élevée en chauffant le récipient avec de l'ouate hydrophile imprégnée d'eau chaude.

COLLINET. — Sporotrichose du larynx. — Collinet communique l'observation laryngée d'une malade déjà présentée à la Société médicale des hôpitaux par de Beurmann, Bordier et Gastou. Les lésions laryngées étaient caractérisées par des végétations très abondantes et très saillantes recouvrant l'épiglotte, les replis arythéno-épiglottiques, la muqueuse arythénoïdienne, les bandes ventriculaires et semblant s'étendre jusqu'à la région sous-glottique. Ces végétations ont disparu progressivement sous l'influence du traitement ioduré et de badigeonnages avec une solution iodée faible. Lesensemencements et les examens histologiques ne laissent aucun doute sur le rôle du *Sporotrichum* comme agent pathogène dans ce cas. Le diagnostic est à faire avec la tuberculose pseudo-polypeuse et les papillomes diffus du larynx. Dans ces affections, les végétations ne sont pas aussi abondantes et aussi étendues que dans la sporotrichose.

LOMBARD. — Volumineux ostéome de l'ethmoïde enlevé par la voie paranasale. — Lombard présente la tumeur, de forme allongée, multilobée, mesurant 8 centimètres de long sur 4^{cm},5 de haut et 3^{cm},5 de large, dont était porteur un jeune homme de 19 ans. Après des symptômes non équivoques de sinusite frontale gauche avec fistulisation vers l'angle interne de l'œil, apparurent des symptômes d'obstruction nasale, puis des déformations faciales reproduisant les classiques figures des fibromes naso-pharyngiens. La narine gauche était occupée par une masse dure, rugueuse, obturant complètement la fosse nasale. Par le toucher et la rhinoscopie postérieure, on reconnaissait une masse analogue comblant la choane gauche sans déborder dans le cavum.

L'opération consista en une incision para-nasale partant du milieu du sourcil gauche, descendant le long de la branche montante du maxillaire, puis dans le sillon naso-jugal, et se recourbant en suivant les contours de l'aile du nez jusqu'au-dessous de la sous-cloison; une incision complémentaire de 4 centimètres suivant le bord orbitaire inférieur permit de relever un lambeau triangulaire. Agrandissement à la gouge du contour externe de l'orifice pyri-

forme et ouverture du sinus maxillaire. La tumeur, qui adhérerait par un pédicule à l'ethmoïde, fut saisie et enlevée avec le grand davier de Farabeuf à travers l'orifice pyriforme ainsi élargi. L'opération fut complétée par l'ouverture et le curettage du sinus frontal.

L'opéré est complètement guéri; les déformations faciales sont considérablement atténuées, et le globe oculaire a déjà presque repris sa place normale.

F. PEREZ. — Bactériologie, étiologie et prophylaxie de l'ozène (présentation de pièces anatomiques expérimentales).

— F. Perez (de Buenos-Ayres) étudie d'abord le microbe de Læwenberg. C'est un pneumo-bacille de Friedländer, sans affinité pour la muqueuse pituitaire. On ne peut donc pas le considérer comme un microbe spécifique.

Perez décrit ensuite un cocco-bacille qu'il a isolé dans le mucus nasal ozénique. C'est un microbe immobile, qui ne prend pas le Gram, ne liquéfie pas la gélatine; il pousse sur pomme de terre et constitue un ferment puissant de l'urée. Il ne coagule pas le lait et donne de l'indol. Inoculé dans la veine marginale de l'oreille du lapin, il produit une rhinite d'intensité variable et qui passe à l'état chronique pour aboutir à l'atrophie totale des cornets antérieurs. Il montre les pièces expérimentales où cette atrophie est très nette.

De par la fétidité du cocco-bacille, de par son action élective sur la muqueuse pituitaire, de par l'atrophie du cornet antérieur qu'il produit, on est autorisé à donner à ce microorganisme tous les attributs de la spécificité et à le considérer comme l'agent causal de l'ozène.

Perez démontre aussi que l'ozène est une maladie contagieuse; il cite des observations cliniques à l'appui. Il s'agit de contagion lourde, collante, contagion par des mucosités ou des crachats, contagion qui exige des conditions spéciales pour se produire, réalisées surtout par la vie de famille.

L'auteur parle ensuite de l'origine canine de l'ozène. Le microbe qu'il a découvert existe chez le chien, et chez le chien seulement. Il l'a recherché sur plusieurs espèces animales sans pouvoir le mettre en évidence. La clinique aussi confirme cette donnée nouvelle de l'origine canine de l'ozène.

Perez a réuni 35 cas d'ozène transmis par le chien.

Parasitisme et contagion, tels sont les grands facteurs étiologiques de la rhinite atrophique qui permettent d'établir sa prophylaxie.

laxie et laissent entrevoir la possibilité de la guérir dans un avenir plus ou moins rapproché.

La contagion peut être d'origine canine et humaine. De là découlent les indications prophylactiques :

1° Empêcher la cohabitation du chien avec les personnes, surtout avec les enfants ;

2° Éviter le contact intime et prolongé entre un ozéneux et des personnes saines ;

3° Désinfection des mouchoirs et des différents objets de toilette et de table des ozéneux ;

4° Préférer pour les malades l'usage des mouchoirs en papier qu'on brûlera.

G.-A. WEILL. — **Traitement du vertige.** — Contre le vertige, deux procédés chirurgicaux sont recommandables ; ils donnent des résultats rapides, alors que les médications internes sont infidèles et inefficaces.

La plus simple, et qui peut toujours être essayée, c'est l'opération de Royet : rupture avec le doigt des adhérences salpingopharyngiennes. Après cette opération, dans un grand nombre de cas, on obtient une disparition presque immédiate de l'instabilité, de la lourdeur de tête, qui accompagnent la pharyngite chronique et le catarrhe tubo-tympanique. Il semble que ce traumatisme ait pour action d'interrompre une chaîne réflexe dont le point de départ peut être proche de l'oreille ou distant (vertige dit stomacal).

La ponction lombaire, opération plus délicate, nécessite le repos complet du malade. Elle soulage presque toujours les vertigineux, les guérit souvent et seule est rapidement efficace dans le vertige de Ménière. L'amélioration et la guérison du vertige après la ponction lombaire se produisent parfois en quelques heures, mais s'accroissent surtout pendant les deux semaines qui suivent la ponction. Il peut être nécessaire de la renouveler plusieurs fois à quelques semaines d'intervalle.

La guérison obtenue se maintient plusieurs années ; s'il survient une récurrence, elle est également justiciable de la rachicentèse. La quantité de liquide soustraite varie de 15 à 25 centimètres cubes à chaque opération.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN.

Séance du 25 janvier 1907 (1).

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

GRUNMACH. — **Démonstration des diapositives d'une tumeur du maxillaire supérieur, examinée par les rayons X.**

LENNHOFF. — **Gangrène d'un polype descendu dans le pharynx.** — Au début, on a cru avoir affaire à une angine de Vincent, jusqu'à ce que, à un examen plus approfondi, on ait reconnu qu'il s'agissait de gangrène dans une partie d'un polype tordu.

BARTH. — **Contribution à la physiologie de la voix par l'examen aux rayons X.** — Barth s'est proposé d'étudier le tube résonnateur, c'est-à-dire pharynx, cavité buccale, voile, pendant la phonation. La plus grande difficulté de différencier la langue des parties voisines a été vaincue grâce à une petite chaînette posée sur le larynx, de la valécule jusqu'à la bouche. On a examiné d'abord les voyelles *a, i, u*, (*ou*, en allemand). Il est impossible de reproduire ici la description de la position du tuyau de résonance pendant l'émission de ces voyelles. Bornons-nous à constater que les résultats de Barth obtenus par les rayons X concordent avec ce que nous ont enseigné les physiologistes, il y a plus de trente ans, surtout Brucke. De même Barth a retrouvé confirmé ce qu'il avait déjà développé dans un long article, analysé dans les *Annales*, que le larynx baisse quand le son monte. Il a étudié le mauvais mécanisme de l'émission de la voix, que les professeurs appellent *serrement de la voix*, et l'autre mécanisme qui a seulement un nom en allemand (*Knodeln*) (chanter avec une boule dans la gorge).

(1) Compte rendu par LAUTMANN, d'après la *Berliner klinische Wochenschr.*, nos 30-32, 1907.

Discussion.

SCHEIER. — Après avoir rappelé ses propres expériences sur le même sujet d'il y a dix ans, critique en partie la technique suivie par Barth, surtout l'emploi de la petite chaîne.

GUTZMANN croit que c'est probablement lui qui, en compagnie de Mendelsohn et Lévy-Dorn, a fait le premier les expériences phonétiques aux rayons X. Il a surtout étudié la position du voile du palais. Les expériences de Barth concordent en grande partie avec ce que nous savons déjà.

FRAENKEL. — Ce que Barth a montré, on l'a su déjà à moitié, mais on l'ignorait aussi à moitié. C'est pour la première fois qu'on a pu le voir.

KATZENSTEIN. — Nous sommes à un tournant dangereux pour les études de la phonétique.

Les progrès de la technique risquent trop de nous entraîner. Charger la langue et surtout l'épiglotte, comme dans les expériences de Barth, peut totalement modifier les résultats.

Tout en admirant la partie technique de ces expériences, Katzenstein désire qu'on n'en tire pas trop de conséquences pour la pratique; du reste, tous les orateurs qui ont pris part à la discussion ont montré les mêmes craintes.

BARTH. — Répondant à la plupart des orateurs, prétend que la petite chaînette n'influence en rien les mouvements de la langue et de l'épiglotte. Du reste, c'est un procédé de technique employé partout en physiologie. En répétant les expériences sans chaînette, on a les mêmes résultats. Il est impossible de nier à ces expériences toute valeur pour la pédagogie de la voix. Il importe de savoir quelle est la forme du tuyau de résonance pour chaque voyelle. Barth espère que d'autres reprendront ces expériences. Même, si on connaissait le mécanisme de certaines fautes de chant, il serait intéressant de se rendre compte objectivement de ces déductions plus ou moins théoriques.

Séance du 22 février 1907.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

BARTH. — **Spasme inspiratoire de la glotte.** — Il s'agit d'un homme de 58 ans, qui, au début d'octobre, a commencé à se

plaindre de dyspnée et d'une toux nerveuse. En novembre, le malade a eu des crises de suffocation. A l'examen laryngoscopique, on peut constater des mouvements anormaux des cordes : elles se rapprochent pendant l'inspiration et s'écartent seulement de 2 à 3 millimètres pendant l'expiration. Le malade se plaignant d'une douleur dans le sternum, on croyait à un moment à une affection du posticus, par suite du développement d'une tumeur dans le médiastin, ou d'un commencement de cancer de l'œsophage. Un jour, pendant l'examen, on a pu constater un aspect normal. Cette constatation a suffi pour éliminer le diagnostic d'affection organique et pour retenir celui de crampe inspiratoire du larynx.

BARTH. — Sur le nodule vocal. — Chez un homme atteint de raucité de la voix, due à deux nodules vocaux, on voit que, pendant la phonation, l'épiglotte tombe sur la glotte de façon à couvrir les tumeurs. En s'appuyant sur ce cas, Barth rappelle ses anciens travaux sur les mouvements de l'épiglotte, dans lesquels il a démontré que l'épiglotte est capable de toucher presque les cordes quand le chanteur, dans un faux mécanisme du chant, rapproche au maximum l'os hyoïde. Il se peut que, dans cette position, le tubercule de l'épiglotte soit poussé jusque dans le larynx et irrite les points sur les cordes où se développeront plus tard les nodules.

DAVIDSOHN. — Lupus primaire de la muqueuse naso-pharyngolaryngée. — Un jeune homme de 46 ans a commencé à souffrir, il y a sept ans, de maux de gorge, qui ont continué jusqu'à ce jour. A part un peu d'eczéma à l'entrée du nez, on trouve : sur le septum du nez, sur le plancher nasal, sur les cornets inférieurs, de petites granulations grisâtres, saignant au moindre attouchement ; sur le voile du palais, symétriquement par rapport au raphe, des infiltrations en partie ulcérées.

Mêmes lésions sur les piliers antérieurs, sur les plis pharyngo-épiglottiques. Quelques nodules sur l'épiglotte et probablement, sur chaque corde, un nodule de même nature. Le diagnostic de lupus primaire ne fait aucun doute.

LENNHOFF. — Épistaxis récidivantes. — Une malade est atteinte de gonflement de la joue gauche ; le pôle antérieur du cornet moyen tuméfié et saignant facilement. La malade se plaint de douleurs, surtout la nuit, dans la joue gauche. Elle a eu la syphilis, et actuellement on trouve des lésions spécifiques sur l'épiglotte et

dans le larynx et une perforation du septum du nez. Lennhoff, supposant un sarcome du sinus maxillaire, enlève un morceau de la tuméfaction et ouvre le sinus maxillaire. Le sinus paraît normal, et le morceau examiné présente seulement une infiltration micro-cellulaire. Un traitement antisypilitique mixte est resté sans résultat. L'examen aux rayons X montre que la tumeur occupe surtout l'os zygomatique, d'où elle s'étend vers l'orbite, le sinus maxillaire et l'os frontal.

Discussion.

GRABOWER croit qu'il s'agit d'une tuméfaction sypilitique malgré l'échec du traitement, à cause de la coexistence d'autres lésions sypilitiques.

SCHOETZ. — Le traitement suivi à domicile ne suffit pas. Cette malade doit être reçue à l'hôpital.

ROSENTHAL. — **Kyste dentaire.** — Tuméfaction existe depuis deux ans au-dessus des incisives. Crépitation parcheminée sur la paroi antérieure du kyste. Diamètre du kyste : 4^{cm}, 2, 2^{cm}, 3, 2^{cm}, 6.

FINDER. — **Tuberculose et gravidité.** — Une femme de 23 ans est vue pour la première fois en octobre 1905. Elle est danseuse dans un cirque et se plaint depuis six mois de toux et de raucité de la voix. Sur la paroi postérieure du larynx, on voit une ulcération. Les deux cordes sont rouges et infiltrées. Légère infiltration des sommets. Bacilles de Koch dans les crachats. La malade est traitée par les injections à l'huile mentholée et les badigeonnages à l'acide lactique. L'infiltration des cordes diminue, l'ulcération commence à se cicatriser. Trois mois après le début du traitement, en janvier 1906, la malade déclare être enceinte et demande un certificat autorisant l'interruption de la gravidité. Vu l'amélioration de son état, on refuse ce certificat, et la malade ne revient plus à la clinique. Dans un autre service, ce certificat demandé lui a été donné, et, le 1^{er} février, Finder a eu occasion d'examiner la malade dans un service de gynécologie, où elle a été reçue en vue d'avortement. Finder a été frappé des progrès faibles qu'a faits la maladie sur la paroi postérieure du larynx; on voit une grande ulcération. La bandelette droite est infiltrée; elle recouvre la corde. Les deux cordes sont infiltrées, et leur bord est légèrement déchiqueté. On exécute, le 3 février 1906, l'avortement, et un fœtus de 4 centimètres

de longueur est expulsé, correspondant à une grosseur de deux mois. Finder revoit la malade cinq semaines plus tard. L'infiltration des cordes et des bandelettes avait disparu, l'ulcération de la paroi postérieure est en amélioration. Le traitement par l'huile mentholée et l'acide lactique a été repris avec excellent résultat. La malade a disparu de nouveau. Enfin, il y a quelques jours, elle est revenue, enceinte de nouveau (dans le huitième mois) avec excellent état général et local. On voit une légère rougeur des cordes et un peu d'épaississement de la paroi postérieure du larynx.

WALDEYER. — Démonstrations. — Pour remercier la Société de l'avoir élu membre honoraire, Waldeyer présente quelques préparations qui montrent que le nombre des cornets, de trois, est très probablement réduit de ce qu'il a été anciennement, et que probablement l'*Agger nasi* et le processus *uncinatus* sont des résidus des cornets. Il montre ensuite des crânes avec sinus frontaux et sphénoïdaux énormes. Plus on recherche les conditions de la pneumatocité des os du crâne, plus on est frappé de la grande variabilité.

L'intérêt de ces recherches est grand, non seulement du côté pratique, mais au point de vue de l'anatomie comparée.

BENDA. — Concrétion goutteuse dans l'articulation crico-aryténoïdienne. — Présentation de deux larynx, dont l'un porte des dépôts uriques dans l'articulation aryténoïdienne, l'autre a de ces concrétions dans l'articulation crico-aryténoïdienne et en plus sur le cartilage thyroïde. Cliniquement, on n'a pu diagnostiquer qu'une raucité chronique de la voix. Très intéressant est qu'à l'ouverture du larynx s'est montrée une tumeur sise dans la corde droite, au-dessous de son bord libre, grosse comme une lentille, qui, par sa couleur blanche, a tout de suite été reconnue comme un tophus. Le malade présentait, en dehors de cette lésion du larynx, l'aspect typique de la goutte.

Discussion.

FRAENKEL — J'ai souvent vu chez des goutteux de ces taches blanchâtres dans le nez; je n'ai jamais encore constaté le tophus dans le larynx. Quant au tophus sur les oreilles, je pense vous en présenter sur les miennes.

ROSENBERG. — Note historique. — L'emploi de la lumière réfléchie se trouve mentionné dans les œuvres de Levret (1734),

Babington (1829), Avey (1844). C'est surtout Hoffmann (de Burgsteinfurt) qui, en 1842, a le premier décrit comment, grâce à un miroir concave, on peut éclairer l'oreille. Le professeur Hirschberg a appelé l'attention de Rosenberg sur un passage des œuvres de Petrus Borellus, qui, en 1653, s'est servi d'un miroir concave pour éclairer la bouche, l'intérieur de l'anus et de la vulve. Il dit lui-même ne pas se rappeler avoir vu ni avoir lu qu'aucun médecin ou chirurgien se fût servi d'un miroir concave pour regarder des ulcérations qui sont cachées à la vue... et y avoir porté les médicaments.

ROSENBERG. — Hypopharyngoscopie. — Une femme de 82 ans est venue consulter pour dyspnée et dysphagie. Le côté gauche du larynx normal. Du côté droit, le pli ary-épiglottique ne peut pas être inspecté, parce que la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx est tellement inflammée qu'elle en cache la vue. De la corde, on ne peut voir que les deux tiers. Elle paraît immobile. Dans l'ombre jetée par la tuméfaction de la paroi pharyngée, on voit une masse blanchâtre irrégulière. La première idée était qu'il s'agissait d'une tumeur de l'hypopharynx qui laissait voir une partie périphérique dans le sinus pyriforme. Ne possédant pas le levier de von Eicken, Rosenberg s'est servi d'une curette de Landgraf (bout entouré de coton) pour faire l'hypopharyngoscopie. Après avoir énergiquement tiré le larynx en avant, Rosenberg a pu voir le pli ary-épiglottique tuméfié et reconnaître que la masse blanche était un morceau de lard. Après avoir retiré ce morceau de lard, il a trouvé encore un morceau d'os, qui a été également retiré. Dans ce cas, l'hypopharyngoscopie a été utile, et pour le diagnostic et pour le traitement, et, dans tous les cas analogues, il faudra à l'avenir avoir recours à elle.

Séance du 22 mars 1907.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

WOLFF. — Sur quelques tumeurs du nez. — Chez un enfant de 8 ans, on trouve une tumeur remplissant la moitié de la narine.

La tumeur est dure, lisse, recouverte de peau normale, largement implantée dans le cartilage. Diagnostic histologique : fibrome. Deux autres malades de Wolff se plaignaient d'épistaxis. Cette épistaxis était causée par un fibrome très vasculaire et cellulaire, de grosseur d'un noyau de cerise, pédiculé, implanté, chez l'un, sur le pôle antérieur du cornet inférieur ; chez l'autre, sur le plancher nasal. Chez un homme de 40 ans, atteint de sinusite combinée, s'est développée, sur le septum, une tumeur en forme de chou-fleur, récidivant trois fois après enlèvement. Chez un homme de 75 ans, un polype pédiculé a pris naissance sur le bord d'une choane. La tumeur était dure, de la grosseur d'une châtaigne. Au milieu de la tumeur, on a reconnu à la section un tissu osseux.

L'existence du tissu osseux dans les polypes muqueux ne paraît pas très rare. Zarniko a trouvé, sur 59 polypes partant du cornet moyen, 7 fois cette ossification du centre. Il est possible qu'une partie appartenant au cornet moyen ait donné le change dans quelques cas. Avec Hajek, il faut admettre qu'il ne s'agit pas, dans ces cas, d'une modification ostéoïde du tissu fibreux, mais plutôt d'un prolongement de la base osseuse dans la tumeur.

E. MEYER. — **Décanulement difficile.** — Une enfant opérée en avril 1906 pour diphtérie ne supportait pas le décanulement malgré tous les essais. En dernier, on a essayé la dilatation méthodique par le tube de Fischer (tube en caoutchouc dur avec centre en métal). Un tube pareil peut rester dix-huit jours dans la trachée sans l'irriter. L'intubation chez l'enfant était très difficile parce que le canal du larynx était tortueux et que la paroi postérieure du larynx portait une sorte d'éperon. Une autre difficulté était que l'enfant ne supportait pas plus longtemps que deux ou trois jours ce tube, sans avoir de la bronchite et de la fièvre. Le résultat définitif a été excellent au point de vue de la voix et de la respiration.

GRABOWER. — **Paralysie gauche du voile et du posticus combinée.** — Une femme de 63 ans a été prise brusquement de rauçité de la voix en juin 1906. Examinée au commencement de mars 1906, elle présente l'état suivant : voile du palais paralysé à gauche, sensibilité au toucher diminuée. La corde gauche reste distante de la ligne médiane à 0^m,002 pendant l'inspiration et la phonation. Son bord libre est légèrement concave. C'est à peine si la corde fait quelques mouvements en dehors. La corde droite va, pendant l'inspiration profonde, à la

position cadavérique ; pendant la phonation, elle va vers la ligne médiane. La sensibilité et la motilité réflexe du larynx sont normales. Grabower a eu occasion de constater l'absence de troubles sensitifs dans les trois derniers cas de paralysie du récurrent ou du posticus, examinés par lui. Dans le cas présenté, il s'agit d'une paralysie du voile à gauche, d'une paralysie du posticus gauche s'acheminant vers la paralysie du récurrent, et à droite d'une paralysie nette du posticus. Cet exemple montre que le pneumogastrique est le seul nerf moteur du larynx. L'étiologie est obscure. Il faut songer au tabes.

Discussion.

KUTTNER. — Dans un grand nombre de cas examinés avec Meyer, Kuttner a pu se convaincre de l'absence de tout trouble de la sensibilité du larynx dans les paralysies du récurrent. A ce propos est très intéressant le cas suivant. Pendant l'extirpation d'un cancer du pharynx et du larynx, le chirurgien dû sectionner le nerf laryngé supérieur. Aucun trouble de la motilité. Au toucher à la sonde, la corde du côté opéré ne montrait aucune réaction, tandis que la réaction du côté opposé était typique. L'exclusion du laryngé supérieur a donc complètement supprimé la sensibilité d'une corde, ce qui ne serait pas possible si le récurrent avait des fibres sensibles.

LENNHOFF. — **Hypertrophie de la muqueuse du nez.** — A l'examen d'un forgeron de 59 ans, on trouve la muqueuse du septum nasal en état d'hyperplasie et, des deux côtés du vomer, on trouve l'hyperplasie spéciale de la muqueuse, appelée par Zuckerkandl *plicæ septi*. Ce cas est analogue à un cas présenté par Dundas Grant sous le nom de rhinite hypertrophique avec hypertrophie de la muqueuse du septum simulant le cornet moyen. Le traitement consiste en excision ou en galvanocaustie ; mais la récurrence est fréquente.

KUTTNER. — **Cas d'ozène traité par le paraffine.** — Chez un malade de 25 ans, les moyens ordinaires employés contre l'ozène ont échoué. Il y a quatre ou cinq mois, Kuttner a commencé à injecter la paraffine fusible à 52°. On a fait à peu près vingt à vingt-cinq injections en quatre ou cinq mois.

La muqueuse, de pâle et atrophique qu'elle était, est devenue succulente, rouge et épaisse. Mais le malade est obligé de laver

son nez ; l'odeur et la sécrétion n'ont pas disparu. En conséquence, Kuttner ne peut pas constater l'excellence du résultat obtenu malgré l'amélioration objective (les croûtes ne sont pas aussi dures ni aussi grandes qu'auparavant) et malgré l'amélioration subjective (le malade se sent plus à son aise depuis qu'il n'incommodé plus son entourage par l'odeur).

BENDA. — Démonstration de deux sinus sphénoïdaux anormaux.

— Les cavités sont d'une grandeur anormale. Dans un cas, l'anomalie s'était seulement développée d'un côté.

KUTTNER. — Démonstrations. — *a.* Cancer du pharynx et du larynx; *b.* carie du cornet nasal. Chez un garçon de 6 ans, le nez s'est tuméfié un jour pendant la scarlatine. Après guérison de la scarlatine, le nez a continué à laisser couler du pus peu épais. La paroi nasale à droite était tuméfiée ; dans le méat moyen gauche, quelques polypes. Au toucher à la sonde, on trouve de l'os dénudé dans la région de l'éthmoïde. Quelques jours plus tard, le cornet moyen s'était détaché spontanément. Kuttner a trépané le sinus maxillaire du côté droit par le méat inférieur, mais la sinusite n'a pas guéri. A l'avenir, il faudra surveiller les sinus des enfants pendant les maladies infectieuses.

Discussion.

E. MEYER. — Les sinusites nasales sont excessivement fréquentes chez les enfants au cours des maladies infectieuses. Quand on fait l'autopsie, d'après le procédé de Harke, de tous les enfants morts de maladie infectieuse, on peut s'en convaincre. Chez les enfants au-dessous de 3 ans, on trouve rarement des sinusites (maxillaires) (le sinus frontal est en voie de développement et le sinus sphénoïdal n'est pas encore développé). Ces sinusites sont le plus fréquentes à la suite de la scarlatine. Meyer rappelle un cas présenté par lui où, à la suite d'une scarlatine, s'est développée une sinusite sphénoïdale suivie de méningite séreuse.

LANGE. — Dans le service d'otologie de la Charité, on a opéré, dans ces trois dernières années, 6 cas de sinusites postscarlatineuses chez des enfants. Généralement, il s'est agi de sinusite sphénoïdale : dans un cas de sinusite maxillaire et, dans un autre cas, de sinusite frontale. Dans tous les cas, les lésions osseuses étaient très étendues avec irruption dans l'orbite et fistulisation

par la joue. Dans un cas, avec affection bilatérale, les lésions ont rétrocedé après opération d'un des côtés seulement. Beaucoup de sinusites, devenues manifestes plus tard, doivent leur naissance à une maladie infectieuse faite pendant l'enfance.

MEYER. — Opération de la sinusite maxillaire par le méat inférieur. — Meyer est mécontent des résultats du traitement opératoire de la sinusite maxillaire. L'opération, d'après Luc-Gerber, donne encore les résultats relativement les meilleurs. Dans ces derniers temps, Meyer a traité les sinusites maxillaires de la façon suivante : amputation du pôle antérieur du cornet inférieur, ouverture à cet endroit du sinus avec tréfine ou gouge émaillée. Inspection du sinus avec le spéculum de Killian ou l'antroscope de Hirschmann. En cas de besoin, palpation du sinus ; si nécessaire, curettage du sinus. L'hémorragie étant généralement forte, il faut tamponner pendant deux ou trois jours ; après trois jours, on insuffle du dermatol. Pas de lavages. Dans 15 cas, les résultats obtenus ont été brillants ; dans un cas, on avait fait ailleurs la radicale par la fosse canine sans résultat. Meyer a obtenu une grande diminution de la sécrétion. Même dans les cas invétérés, on obtient de bons résultats, parfois déjà au bout de huit jours. La littérature récente mentionne peu (?) les méthodes endo-nasales dans le traitement de la sinusite maxillaire. Entre 1886 et 1890, la voie indiquée par Meyer a été vivement discutée. On l'a délaissée pour les deux raisons suivantes : on prétendait que les soins consécutifs par le méat inférieur étaient pénibles pour le malade ; l'autre objection était la crainte de détacher la muqueuse de la paroi médiane du sinus et de créer ainsi une cavité entre os et muqueuse, où iraient tampon, poudre et eau de lavage. Cette dernière mésaventure peut arriver si on se sert d'une aiguille à ponctions ; elle est impossible en suivant la technique de Meyer. Les soins consécutifs sont simples.

Discussion.

LANGE. — A la clinique de la Charité, on ouvre le sinus maxillaire, depuis un an et demi, toujours par le méat inférieur. Le cornet inférieur n'est pas sectionné ; il est seulement détaché et repoussé en haut. Le sinus est ouvert avec l'instrument de Wagener (chez Pfau). Les résultats sont très bons. Le traitement postopératoire est presque nul. Il est important de faire le trou de communication

aussi large que possible, car il tend à se rétrécir. L'inspection et le nettoyage du sinus ont un intérêt secondaire. Si réellement cette inspection est nécessaire, il faut faire le Caldwell-Luc.

KUTTNER. — Un grand nombre de sinusites maxillaires guérissent par tous les traitements. Chez une malade, une sinusite maxillaire s'était ouverte par le palais, dans la cavité buccale. Quelques lavages avec le trocart de Krause ont guéri la sinusite et la perforation. D'autres fois, on tombera sur des sinusites qui résisteront à tous les traitements. Cependant Kuttner croit que le procédé préconisé par Meyer, qui est, indépendamment de lui, suivi par d'autres, constitue une acquisition appréciable. Quand la ponction simple ne suffit pas et qu'il n'existe pas une indication pour une opération radicale, on pourra y avoir recours. Il sera préférable de faire la brèche dans l'os par voie sous-muqueuse. De cette façon, la brèche opératoire ne se rétrécit pas si vite. Enfin Kuttner recommande de ménager le plus possible le cornet inférieur. Par la résection d'une partie trop grande du cornet inférieur, la cavité nasale peut devenir trop large, et le malade pourra en être incommodé toute sa vie.

WAGENER. — Le cornet inférieur doit être ménagé le plus possible, mais le trou de communication doit aussi être aussi long que possible. Il faut donc enlever la paroi sinusale jusqu'au plancher nasal. La partie antéro-inférieure se laisse difficilement enlever par la gouge. Pour exécuter cette résection, Wagener a construit une pince coupant d'arrière en avant. Il importe d'enlever cette partie antérieure du sinus pour obtenir une bonne aération et un bon drainage du sinus; ainsi on constate de bons résultats. Dans un cas de sinusite maxillaire opéré un an avant la mort de la malade, la muqueuse du sinus était devenue normale. Même au microscope, on ne pouvait plus démontrer l'inflammation.

SCHIEER. — L'instrument de Sonnenkalb, légèrement modifié, a l'avantage sur celui de Wagener de permettre l'ouverture du sinus sans qu'on ait besoin de changer d'instrument ou de le retirer du sinus.

STURMANN recommande le procédé de Denker. Les malades présentés par Meyer ont tous du pus et des croûtes dans le nez. Il est donc probable que, par son procédé, on n'obtient pas une guérison complète. Par contre, Sturmman a opéré dans quelques cas, d'après Denker, et il est étonné des résultats obtenus. Par ce procédé, on peut inspecter largement le sinus. Au bout de huit jours, les malades n'ont plus de sécrétion, donc pas de traitement postopératoire.

DAVIDSOHN. — Même si la suppuration persiste, le malade préfère laver son sinus par le nez et ne pas porter de prothèse.

MEYER ne préconise pas la voie endo-nasale comme l'unique praticable. Il la préconise seulement de préférence à la voie alvéolaire ou même par la fosse canine, quand le sinus n'est pas très malade. Si la paroi osseuse du sinus est malade, il faut évidemment ouvrir le sinus d'après les lois de la chirurgie générale. L'instrument de Wagener lui paraît très pratique. Pourtant il ne croit pas nécessaire de faire un nivellement du plancher nasal et du plancher sinusal.

Le procédé DENKER-FRIEDRICH a été employé à la clinique où travaille Meyer. Le résultat a été bon, mais l'intervention est plus sérieuse que celle préconisée par Meyer. Simplicité de la technique, rapidité de l'exécution, absence de tout traitement postopératoire sont les avantages de son procédé. Quand on a tamponné pendant deux ou trois jours, quelques insufflations suffisent.

Séance du 26 avril 1907.

Président : LANDGRAF.

Secrétaire : ROSENBERG.

LENNHOFF. — **Tumeur du maxillaire.** — A propos d'un cas présenté à une des dernières séances, avec un diagnostic hésitant entre affection syphilitique ou tumeur, Lennhoff rapporte qu'à l'examen aux rayons X on a reconnu qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur, mais d'une infiltration. Comme la malade avait eu la syphilis, on a institué le traitement antisiphilitique, mais sans succès. Quelque temps après, une partie de la tumeur ulcérée au niveau du palais a été reconnue comme carcinomateuse. Karewskij a opéré la malade par la résection du maxillaire avec extirpation du globe de l'œil. La tumeur avait pris naissance dans la fosse sphéno-palatine.

A. MEYER. — **Cas de paralysie aiguë du récurrent du voile du palais et du pharynx.** — Un homme de 30 ans tombe malade

au début de février avec fièvre, fatigue, transpirations, palpitations, rauçité de la voix, dysphagie. Tous ces symptômes s'améliorent lentement, et, au 4 avril, il ne persiste qu'une paralysie complète du récurrent à gauche. Le voile à gauche ne fait aucun mouvement, de même le pharynx. Par la suite, tous les phénomènes disparaissent, excepté la paralysie du récurrent. Il s'est agi très probablement d'une affection aiguë du noyau du pneumogastrique, et on pourrait croire à une forme de la polio-encéphalite inférieure.

Discussion.

GRABOWER ne peut pas admettre le diagnostic de polio-encéphalite, car cette maladie est caractérisée par une marche progressive. Il est difficile d'admettre que la maladie se soit localisée dans le noyau du pneumogastrique sans toucher les autres noyaux si proches. Il n'existe du reste aucun symptôme d'encéphalite. Par contre, la nature périphérique est plus plausible et la régression du processus plaide dans ce sens.

E. MEYER se demande si Grabower a jamais observé dans les anévrysmes de l'aorte ou les tumeurs du médiastin en même temps une paralysie du récurrent et du voile. Meyer n'en a jamais vu, et il ne pourrait pas expliquer pareille paralysie non plus.

Grabower croit qu'il s'est probablement agi d'une névrite toxique. Meyer ne croit pas qu'il s'agisse d'une lésion périphérique. La régression des phénomènes observés ne plaide pas contre le siège central.

A. MEYER. — **Sinus maxillaire double.** — Un malade s'est présenté il y a un an avec une sinusite ethmoïdale. Le sinus a été ouvert, la suppuration a continué. A la transillumination, le côté droit ne s'éclaire pas. Ponction et lavage du sinus maxillaire sont restés négatifs. Après résection du cornet moyen, Meyer peut entrer dans une cavité remplie de pus. Cette cavité a son siège dans la maxillaire supérieure. Il faut donc admettre que le malade possède une cavité accessoire constituée par une cellule de l'ethmoïde.

Discussion.

HEYMANN a vu dernièrement un cas analogue chez un malade, Le Dr GAGEBIEL a trouvé dans le sinus maxillaire du pus et par la ponction et par le sondage de l'ostium maxillaire.

HEYMANNA a essayé la ponction chez le même malade, mais l'eau est sortie claire. Quant au sondage, il n'était pas sûr de ne pas avoir été dans une cellule ethmoïdale. Heymann a informé le confrère qu'il fallait songer à un cloisonnement du sinus maxillaire. Le confrère a répondu à Heymann qu'en effet, à l'opération, on a trouvé ce cloisonnement. C'est le premier cas, dit Heymann, de cloisonnement du sinus maxillaire reconnu avant l'opération.

KUTTNER. — **Péritonsillite.** — Une femme de 24 ans a eu, depuis les dernières années, une série de péritonsillites venant de quinzaine en quinzaine. Il y a dix mois, Kuttner a incisé chez elle un abcès péritonsillaire qui a donné issue à une grande quantité de pus. A la suite de cette incision, tout le pharynx a commencé à se tuméfier. Le voile, la partie postérieure du pharynx, la base de la langue sont devenus de plus en plus épais. Il est impossible de trouver la cause.

AULICKE. — **Rhinosclérome.** — A l'examen d'un homme de 35 ans, on trouve une sténose sous-glottique et une obstruction des fosses nasales. A l'examen microscopique, cette tuméfaction est reconnue comme étant de nature rhino-scléromateuse. Traitement par les bougies de Schrötter ; on essayera l'atoxil.

Séance du 14 juin 1907.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

HIRSCHFELD. — **Section des nerfs craniens.** — Un homme a reçu un coup d'épée qui a provoqué une hémorragie si formidable qu'il a perdu connaissance. Revenu à lui, il ne pouvait pas parler ni déglutir. Si mois plus tard, le malade présentait l'état suivant : la fente palpébrale droite et la pupille droite sont plus étroites qu'à gauche. Le malade transpire beaucoup du côté gauche. Hyperémie à droite dans le fond de l'œil. Le malade tient sa tête un peu tournée à droite. Le larynx est dévié à droite. Cette déviation est plus marquée pendant la déglutition. Quand il lève le bras droit, la fosse sus-claviculaire devient très profonde. Cette position est

due à la contracture des muscles s'insérant à l'os lingual. La langue dévie à droite. Dégénérescence de la moitié droite de la langue. Ageusie à droite. A droite, les sensations du chaud, du froid, de douleur et du toucher ont disparu sur la moitié droite de la langue, de la muqueuse de la joue, de la gencive, du voile à droite. Pharynx hyperesthésié à droite. Pas de paralysie du voile. Corde droite en position cadavérique. Côté droit de la tête anesthésié. Il est probable que les nerfs suivants sont sectionnés ; lingual, glosso-pharyngien accessoire, pneumogastrique.

Discussion.

KUTTNER insiste sur l'absence de paralysie du voile, malgré une lésion probable du facial. Il est très intéressant de constater que tout le côté droit du larynx est insensible. On prétend que l'innervation sensible du larynx est bilatérale pour chaque côté, au moins dans les environs de la ligne médiane. Or, en touchant le côté droit du malade, près de la ligne médiane, on n'obtient pas un réflexe.

FRAENKEL. — Quant à la paralysie du sympathique, il sera intéressant de comparer la température dans les deux conduits externes de l'oreille.

KUTTNER. — **Syringomyélie.** — Un malade vient consulter pour de la raucité de la voix, qui est causée par une paralysie du posticus droit. A l'examen, on peut relever les symptômes d'une syringomyélie. Hyperesthésie circonscrite pour la température et pour le toucher. Cette paralysie du posticus est en voie de devenir une paralysie du récurrent. Malgré le siège central indubitable de la paralysie du récurrent, la sensibilité du larynx est conservée, ce qui est en opposition avec les observations de Masséi-Avellis.

Discussion.

GRABOVER. — Chez le malade présenté, on ne trouve aucune lésion des muscles innervés par l'accessoire (sterno-cléido et muscle cucullaire). La paralysie existante du larynx prouve que le pneumogastrique est l'unique nerf moteur du larynx. Il est intéressant de constater que, de la triade caractéristique pour la syringomyélie : atrophie musculaire progressive, paralysie sensible dissociée

troubles vaso-moteurs, seul le trouble sensitive est présent. Le diagnostic de syringomyélie est très probable, mais pas absolu.

SOBERNHEIM. — **Tuméfaction de la tonsille droite.** — Chez une jeune fille de 22 ans, s'est développée, dans la tonsille droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, reconnue à l'examen microscopique commelymphosarcome. Traitement par l'atoxil. Au bout de huit jours, la tumeur a diminué de moitié, et une infiltration ganglionnaire coexistante a disparu. La malade cesse tout traitement au bout de trois semaines, se croyant guérie. Quinze jours plus tard, elle revient, parce que les ganglions ont réapparu. La tumeur de la tonsille ne s'est pas reformée. Reprise du traitement par l'atoxil à doses plus fortes, avec guérison rapide. La malade a reçu 2^{sr},25 d'atoxil sans le moindre inconvénient. Le pronostic est incertain en raison de la nature maligne de la tumeur. Ce qui est suspect est le fait qu'après cessation du traitement la tuméfaction des ganglions a réapparu au bout de quinze jours.

Discussion.

FINDER. — Une femme de 60 ans a été reçue, il y a deux mois, avec une tumeur de la tonsille gauche grosse comme la moitié d'un œuf de poule; en plus, elle avait des ganglions au cou, de la grosseur d'une pomme. La tumeur est reconnue comme sarcome à cellules rondes; les chirurgiens refusent l'opération. Traitement par l'atoxil, sans succès. Les semaines suivantes, la tumeur pousse rapidement, allant en haut jusque dans le caveau, en bas jusqu'à l'entrée du larynx. La tumeur extérieure avait atteint les dimensions de la tête d'un nouveau-né. État subjectif misérable. On essaye le traitement par les rayons X. Déjà, après la première séance, un succès éclatant. Radiation externe pendant dix minutes. Nouvelle séance tous les cinq à six jours. Radiation externe de dix minutes, interne de cinq minutes. Après dix séances, on ne voit plus de trace de la tumeur externe. A la palpation, un peu de résistance. La tonsille a la dimension d'une tonsille hypertrophiée. État subjectif de la malade excellent. Elle se croit guérie.

HEYMANN rappelle que, dans beaucoup de cas de sarcome de la tonsille, la liqueur de Fowler a rendu des services. Dans un cas notamment, il existait un sarcome de la tonsille ayant fait des métastases dans les deux orbites. Bergmann a déclaré le cas inopérable. Par l'arsenic, la vie du malade a été prolongée pendant sept

ans. Le malade est mort des suites d'une bronchite grave. Quand on cesse l'emploi de l'arsenic, ces tumeurs repoussent.

VON QANDER a observé un soldat atteint de tumeur ganglionnaire du cou. Le malade a été plusieurs fois opéré. L'examen microscopique d'un ganglion donnait le tableau typique du lymphosarcome. Ni la solution de Fowler, ni les rayons X n'ont eu d'action sur ce lymphosarcome, qui commence à se propager jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Il y a trois jours, à la suite de la première injection d'atoxil, la tumeur a commencé à se flétrir.

IURGENS a vu un cas de sarcome du pharynx qui, trois fois, a rétrocedé sous l'action des rayons X pour récidiver toujours, jusqu'à ce que enfin les rayons soient restés sans effet. Le malade est mort au sixième mois de son affection.

FINDER. — **Pemphigus du pharynx.** — Malade atteint depuis 1901 de diabète grave et d'albuminurie. Depuis 1902, pemphigus de l'œil. Depuis le mois de mai 1907, on constate sur le palais des pertes de substance allant de la dimension d'un petit pois à celle d'une fève. Sur ces fentes, la muqueuse pend comme des lambeaux. Il s'agit évidemment de pemphigus, dont on trouve encore des bulles sur les piliers et sur l'épiglotte. Légère amélioration par l'atoxil.

Discussion.

FRAENKEL ajoute que le malade a été soigné pendant de nombreuses années comme syphilitique jusqu'à ce que le diagnostic, exact ait été fait par Hirschberg, d'après les lésions oculaires.

Séance du 18 octobre 1907.

Président : HEYMANN.

Secrétaire : ROSENBERG.

BRUCK. — **Un cas de polynévrite avec participation du larynx.**
— Dans la polynévrite, les paralysies des nerfs craniens sont rares, excepté celle des fibres cardiaques du pneumogastrique. Les autres

fibres du pneumogastrique et surtout les nerfs laryngés ont été rarement signalés comme atteints par la polynévrite. Roth a constaté dans un cas une aphonie ; Kast a rencontré la paralysie du récurrent. Les autres cas (Fränkel, Rémak) sont moins nets. Le cas observé par Bruck concerne un homme de 52 ans se plaignant depuis trois mois de fatigue, faiblesse, fièvre, troubles gastro-intestinaux. La paralysie des quatre extrémités est devenue de plus en plus nette. Dans ces derniers temps, le malade se plaint de raucité et de fatigue de la voix. Pas de dyspnée, pas de toux. L'examen laisse reconnaître l'existence d'une polynévrite périphérique éthylique (professeur Zicher). L'état du larynx est le suivant : pression dans la région du récurrent douloureuse, abduction des cordes normale. Pendant la phonation, la glotte prend une forme ovalaire. Aucun phénomène d'irritation. Il s'agit d'une paralysie des deux muscles internes, comme expression d'un début de paralysie des adducteurs. Ce cas n'est pas une exception à la loi de Sémon, car la polynévrite a un pouvoir électif et peut frapper un nerf ou une partie du nerf plus que le reste. Une polynévrite n'a aucune analogie avec une paralysie due à une compression.

Discussion.

LÉVY. — Sans nier la possibilité d'une paralysie nerveuse des deux internes, il faut considérer le cas présenté comme unique, car, jusqu'à présent, on a considéré toutes les paralysies isolées des internes comme d'origine musculaire ou catarrhale.

GRABOWER. — Il est probable qu'il s'agit d'une paralysie nerveuse, parce qu'il existe en même temps de la tachycardie. Il compte 120 pulsations. Des affections analogues, tachycardie avec paralysie, se voient aussi dans d'autres polynévrites, par exemple dans les polynévrites postdiphthériques.

KUTTNER. — La parésie des internes est un supplice non seulement pour les malades, mais aussi pour les médecins qui doivent l'expliquer. Généralement il s'agit d'une affection musculaire consécutive à un catarrhe ou au surmenage ; ensuite, il y a la parésie des internes de cause fonctionnelle. Quant au cas présenté, je penche, comme Grabower, pour sa nature nerveuse. La tachycardie et l'absence de toute affection catarrhale et la coexistence des autres phénomènes de paralysie périphérique plaident pour ce diagnostic. D'après ma connaissance de la littérature, les cas ne

sont pas si rares dans lesquels, par l'infection ou l'intoxication, les adducteurs sont les premiers lésés. P. Heymann a publié un grand nombre de ces cas de paralysie des adducteurs à la suite d'intoxication de plomb arsénié. Mackenzie prétend même que toutes les paralysies de cause toxique frappent surtout les adducteurs. Comme tous ces cas ont été publiés avant que la loi de Sémon fût généralement admise, il me paraît important d'étudier cette question au point de vue de la loi de Sémon. Jusqu'à présent, nous pouvons, dans un cas comme celui de Bruck, nous contenter de l'explication : la maladie est électrique. En effet, nous voyons, quand les autres nerfs sont frappés, une sorte d'irrégularité, ainsi par exemple dans une masse nerveuse circonscrite, et je rappelle la paralysie du péroné ; toutes les fibres nerveuses ne sont pas également affectées. On pourrait donc admettre que certains poisons, et parmi eux se rangent les toxines des maladies infectieuses, ont une affinité spéciale pour certaines fibres nerveuses. Ainsi, toujours supposer que les observations soient justes, on pourrait admettre une exception à la loi de Sémon.

Ceci ne serait du reste pas sans précédent. Je vous rappelle la parésie des internes, que nous voyons au début de la tuberculose laryngée chez des individus qui certainement n'ont pas de lésion laryngée. Comment expliquer cela ? Il faut certainement admettre que la parésie des internes est occasionnée par la toxine du bacille tuberculeux. Après tout cela, il semble que nous devons examiner si la loi de Sémon reste aussi en vigueur pour les paralysies qui sont occasionnées par les maladies infectieuses et par les intoxications.

BAUCK. — Douter des phénomènes enregistrés avec soin, c'est pousser le scepticisme trop loin. Le malade n'a eu aucun phénomène de catarrhe. L'affection symétrique des internes n'a rien de surprenant. Ce sont les internes qui, parmi tous les adducteurs, sont le plus facilement affectés. Nous voyons bien cela quand la paralysie du posticus est en voie de se transformer en paralysie complète du récurrent. Il est connu que ce sont les internes qui sont alors les premiers affectés. Je peux bien m'imaginer que l'affinité élective se manifeste pour les deux internes. Nous voyons sur le malade une analogie, en ce sens que ce sont ses quadri-jumeaux qui sont lésés d'une façon égale.

GOLDMANN. — Ankylose cicatricielle des deux articulations crico-aryténoidiennes. — Chez le malade présenté, on voit, dans l'entrée du larynx, deux bourrelets allant d'avant en arrière, du cartilage cricoïde aux aryténoïdes.

Le bourrelet droit est un peu plus large et un peu plus plat que le bourrelet gauche. Dans la profondeur, on voit les deux cordes vocales amincies, en position médiane. La glotte est large de quelques millimètres.

La bandelette gauche est seule visible. Les cordes ne font aucun mouvement, ni pendant la phonation, ni pendant la respiration. La sensibilité de la muqueuse laryngée est conservée. Voici l'histoire du malade.

Le malade a été opéré il y a 11 ans à Bonn d'un goitre situé très bas. Aphonie immédiatement après l'opération, persistant pendant neuf mois. Il y a un an et demi, le malade fait une tentative de suicide en s'ouvrant le cou avec un rasoir. Il a fallu tout de suite faire une trachéotomie. Le malade a été nourri avec la sonde par la plaie trachéale. On voit sur le cou, à droite, une cicatrice allant d'en haut et en arrière en bas et en avant jusque sur le sternum. A part la cicatrice de la trachéotomie, on en voit encore une autre transversale entre cartilage thyroïde et os hyoïde. Cette cicatrice est profonde et rétractée. Les troubles du malade sont relativement bénins. A peine un peu de dyspnée aux efforts, la voix un peu rauque mais autrement claire. La déglutition se fait bien ; par-ci, par-là, un morceau s'arrête. Voici l'explication. Il est indubitable que les bourrelets sont des résidus cicatriciels provenant de la tentative de suicide. Pendant l'opération du goitre, le récurrent a dû être lésé, coupé ou dilaté, mais aujourd'hui la position des cordes a une autre cause. Il s'agit d'une ankylose des deux articulations crico-aryténoïdiennes. Le récurrent n'a certainement pas été touché pendant la tentative de suicide. On ne peut davantage admettre une lésion du pneumogastrique.

BARTH. — Gangrène de la corde vocale. — Le malade dont provient la préparation souffrait d'anémie pernicieuse. Pour la première fois, huit jours avant la mort, s'est montrée de la raucité de la voix, qui a augmenté lentement. Deux jours avant la mort, le malade a une quinte de toux qui dure une heure. Quand Barth l'examine pour la première fois trente-six heures avant sa mort, il trouve que toutes les muqueuses de la bouche, du pharynx, du larynx, sont confondues dans une même couleur pâle. On voit bien que la corde vocale droite porte une ulcération, qu'elle est fixée dans la ligne médiane, que la corde gauche n'a pas d'ulcération et qu'elle peut faire quelques mouvements latéraux, de sorte que la glotte peut mesurer de 2 à 2^{mm},5. A l'autopsie, on trouve que la corde vocale droite a perdu, dans toute sa moitié

postérieure, la muqueuse et forme une ulcération qui remonte même sur la partie antérieure du cartilage aryténoïde. Derrière l'apophyse vocale à gauche, une ulcération au début. Au-dessus de l'aryténoïde et du cartilage cunéiforme, une infiltration dense. Il est probable que le malade a fait une hémorragie sur la corde qui s'est transformée en ulcération.

Discussion.

ROSENBERG. — Après avoir examiné la préparation, il croit qu'il s'agit d'une périchondrite probablement avec nécrose de l'aryténoïde droite. Un même processus commence du côté gauche. En admettant cette périchondrite primaire, la symptomatologie clinique s'explique.

BARTH. — On ne sent pas à la sonde ni le cartilage ni l'articulation. De plus, l'évolution rapide, huit jours avant la mort, parle contre le diagnostic de périchondrite.

Du reste, la périchondrite se voit seulement dans la tuberculose ou la syphilis, maladies pour lesquelles on ne trouve pas de signes chez le sujet en question.

BRUCK. — La rapidité avec laquelle les phénomènes ont apparu ne prouve pas beaucoup. Dans toute une série de processus, des lésions analogues peuvent rapidement se développer, par exemple la fièvre typhoïde. Vu l'état cachectique du malade, ces indications anamnestiques sont de peu d'importance.

KUTTNER croit également qu'il s'est agi de périchondrite et que la position médiane de la corde a été occasionnée par elle.

La rapidité avec laquelle les troubles laryngés se sont montrés peut s'expliquer par le fait que l'inflammation a attaqué l'articulation à ce moment.

ROSENBERG. — **Abcès froid du larynx.** — Un homme de 58 ans de bonne santé générale fait une gastro-entérite avec vomissements et diarrhée. La gastro-entérite disparaît au bout de vingt-quatre heures, mais le malade présente dès le lendemain une légère raucité de la voix, qui persiste six semaines, sans occasionner aucun autre trouble. Le malade consulte pour cette raucité, et on trouve : la corde gauche porte une tuméfaction ovale occupant à peu près la moitié supérieure de la corde dans son milieu, débordant légèrement sur le bord de façon à ce que la tumeur se prenne un peu dans la glotte pendant la phonation, d'où la

raucité. La tuméfaction est lisse, de couleur nettement jaune; les mouvements de la corde ne sont pas limités. La partie de la corde avant et derrière cette tuméfaction est un peu rouge; le reste du larynx normal. Le diagnostic était facile : on voyait l'abcès au-dessous de l'épithélium.

L'incision donne issue à un peu de pus et, quinze jours plus tard, le malade était complètement guéri. Dans toute la littérature, Rosenberg n'a trouvé qu'un seul cas publié par Chiari et complètement analogue au sien, c'est-à-dire abcès froid non douloureux de la corde vocale. Il ne s'agit ni de l'abcès froid tuberculeux ou syphilitique, ni des abcès aigus et douloureux qui, du reste, sur la corde, se trouvent plutôt sur la face inférieure. Il est probable que l'abcès en question est dû à une hémorragie sous-épithéliale, survenue dans la corde par les efforts du vomissement pendant la gastro-entérite. Cet hématome est entré en suppuration, comme nous le voyons dans les hématomes sous-muqueux, dans les parties antérieures du septum nasal.

Séance du 15 novembre 1907.

Président : FRAENKEL.

Secrétaire : ROSENBERG.

SONNTAG. — **Fistule œsophago-trachéale.** — Un brasseur de 34 ans tombe malade, il y a un an, avec toux, expectoration, amaigrissement pendant trois semaines; il prétend avoir eu de la dysphagie. En été 1907, le malade est reçu dans un sanatorium, présentant une matité des sommets, du souffle et des râles crépitants. Cinq semaines après son entrée dans le sanatorium, à la suite d'un repas, une quinte de toux durant trois heures. Le lendemain, le médecin trouve une ulcération dans la trachée et renvoie le malade à Berlin. Huit jours plus tard, on trouve dans la trachée, au-dessus de la bifurcation, une ulcération semi-lunaire sur la paroi postérieure de la trachée, empiétant un peu sur le côté gauche et plus sur le côté droit de la trachée. A l'œsophagoscopie, on ne reconnaît pas de relation entre la trachée et l'œsophage. La dysphagie est restée la même qu'au début de la maladie. De

même les quintes de toux s'accompagnent de fièvre élevée. Les liquides passent le mieux. Quand le malade avale, il doit pencher sa tête fortement en arrière pour éviter les quintes de toux. Le malade s'examine seul au laryngoscope et revient au bout de douze jours en disant avoir remarqué quelque chose de blanc dans la trachée. On voit seulement, à la place de l'ulcération, une membrane rougeâtre. Le malade prétend avoir vu ces masses blanches après avoir mangé du fromage blanc. On répète l'expérience avec le fromage blanc, et on voit en effet des masses blanches sortir de la paroi postérieure de la trachée et disparaître après une quinte de toux. Le professeur Rosenberg reconnaît à l'examen bronchoscopique l'existence d'une fistule trachéale sur la paroi gauche, dans le fond d'une dépression triangulaire. En examinant la littérature, on trouve 10 cas publiés, dont 2 congénitaux, 4 cancéromateux, 2 tuberculeux, 2 de cause inconnue. Malgré l'absence de tout symptôme de syphilis, Sonntag penche dans son cas pour la syphilis, en raison de la présence d'une membrane. Le malade sera soumis à un traitement antisyphilitique.

FINDER. — **Lympho-sarcome du pharynx.** — Une malade de 69 ans présente une affection ayant transformé l'amygdale pharyngée, les amygdales palatines, latérales, tonsillaires, bref, tout l'anneau de Waldeyer, en des masses dures donnant une rigidité au voile. L'augmentation de ces tumeurs a été lente. Aucune tendance à l'ulcération. Un examen histologique montre qu'il s'agit d'un tissu à cellules rondes. Il s'agit d'un lymphosarcome; diagnostic corroboré par la présence des glandes au cou et l'absence de l'augmentation des leucocytes. Traitement par les rayons X et l'arsenic est resté négatif.

FINDER. — **Démonstration d'un polype du larynx contenant une grande quantité de pigment hémotogène.** — Il s'agit d'une tumeur grande comme un petit pois, sise sur la partie antérieure de la corde droite, largement implantée, de couleur d'un bleu noir. A l'examen microscopique, on trouve qu'il s'agit d'une tumeur à tissu fibrillaire, très vasculaire, se trouvant dans les différents degrés de dégénérescence et de ramollissement.

La grande quantité de pigment est due aux nombreuses hémorragies qui ont eu lieu dans la tumeur. Dans la littérature, on n'a pas encore signalé la présence de tant de pigment dans un papillome.

LEBRAM. — Syphilome du pharynx. — Une femme de 41 ans, examinée par plusieurs médecins, a été envoyée à Lebram avec le diagnostic de carcinome du voile pour être opérée. L'absence des ganglions et un état général assez bon incitent Lebram à essayer le traitement antisypilitique, tout en pensant à une combinaison de syphilis avec carcinome. Toute la tumeur a disparu, et en même temps a apparu une ulcération sur le voile à gauche, ne laissant aucun doute sur la nature sypilitique de l'affection.

ARTHUR MEYER. — Lupus du voile et du pharynx. — Une femme de 22 ans présentait, il y a trois ans, une petite ulcération sur l'aile droite du nez. Depuis deux ans, de la dysphagie ; à cette époque a commencé le développement des ulcérations amenant la perte de la luette. Au moment de la présentation, on voit de ces ulcérations sur le palais, sur la gencive, sur la paroi postérieure du pharynx. Autour de cette ulcération, on voit des petits nodules. L'aspect de ces lésions et leur évolution rapide (deux ans) auraient pu faire songer à la syphilis. La malade a pris pendant un an et demi de l'iode de potassium sans résultat. Dans un morceau excisé, on a pu diagnostiquer des cellules géantes, ce qui confirme le diagnostic de lupus.

Discussion.

MAX SENATOR appelle l'attention sur la cicatrice à l'entrée de la narine droite. Il rappelle que, dans une communication sur le lupus du nez, il avait attiré l'attention sur le fait qu'un côté du nez était plus atteint que l'autre. Le cas présenté semble confirmer encore sa façon de voir, puisqu'il n'y a de lésions lupiques que du côté droit.

E. MEYER. — L'affection unilatérale n'est nullement caractéristique pour lupus et ne peut pas former un indice pour le diagnostic différentiel.

ROSENBERG s'élève également contre ce soi-disant caractère d'unilatéralité du lupus. On trouvera des cas de lupus plus prononcés d'un côté que de l'autre, mais ce n'est nullement une généralité.

B. FRAENKEL. — Syphilis héréditaire associée à la périchondrite tuberculeuse du cricoïde. — Un garçon de 11 ans a dû être trachéotomisé quatre mois après le commencement de troubles dyspnéiques. L'enfant a une grande cicatrice au cou à gauche, une

autre à l'oreille allant jusque dans le conduit. Une partie de la mâchoire inférieure manque; une grande cicatrice opératoire descend jusqu'au sternum. Le septum nasal est pour ainsi dire non existant. Perforation du pilier antérieur. Au-dessous des cordes, on trouve deux bourrelets horizontaux constituant la périchondrite cricoïdienne. Aucun doute, l'enfant est atteint de syphilis héréditaire. Mais, comme on a trouvé des bacilles de Koch dans les crachats de l'enfant, la périchondrite est d'origine tuberculeuse. On voit que la syphilis donne une prédisposition à la tuberculose. La trachéotomie a été d'un effet particulièrement heureux sur la périchondrite.

Discussion.

SCHOETZ. — Sans douter du diagnostic, il se permet les deux questions suivantes : 1° si en même temps que le bacille de Koch on a recherché le *Spirochæte pallida*; 2° si l'enfant a pris de l'iodure de potassium.

FRAENKEL. — L'enfant n'a pas eu d'iodure de potassium. Quant à la recherche du spirochète, il n'y avait pas à songer à la ponction d'un ganglion, l'enfant n'en ayant pas; le rechercher dans des crachats ne se fait pas habituellement; du reste, dans les cas si anciens de syphilis héréditaire, la recherche du spirochète est toujours incertaine.

E. MEYER. — **Persistance du thymus.** — Il y a trois ans, Meyer présente une enfant de 7 mois, atteinte de compression de la trachée avec suffocation, due à un thymus persistant. Le diagnostic a été corroboré par un röntgénogramme. L'enfant est morte par suffocation. On a amené le frère de cette enfant âgé de 7 mois également, présentant les mêmes symptômes; l'enfant présente également une inspiration striduleuse avec matité correspondant au thymus et röntgénogramme positif. L'aspect clinique des deux enfants était identique. Les enfants n'avaient aucun trouble au moment de la naissance. Les troubles n'ont apparu que dans le troisième mois. En dehors des symptômes déjà cités, on constatait encore du strabisme convergent et un retard marqué de l'intelligence. Quant au traitement, on connaît des cas guéris par l'extirpation du thymus. L'enfant présenté est si faible qu'on n'ose pas l'opérer; on essayera l'iodure de potassium.

E. MEYER. — **Pachydermie du larynx.** — Malade de 77 ans, raucité de la voix depuis un an sur les cordes et les couvrant de

concrétions blanches crêteuses. Au microscope, l'épithélium très épais, corné; les papilles, les vaisseaux et les glandes augmentés.

ALBRECHT. — **Röntgénogramme de sinus maxillaire biloculaire.** — Sur le röntgénogramme, on voit nettement une paroi quadrangulaire dans le plan frontal séparant le sinus maxillaire en une cavité antérieure et une cavité postérieure. Un lavage transméatique inférieur reste négatif, tandis que le lavage dans une partie reculée du méat moyen ramène du pus.

Discussion.

HEYMAN rapporte le cas diagnostiqué par lui et confirmé par l'opération et le cas présenté par A. Meyer. Dans tous les cas connus dans la littérature (Gruber, Bouley, Zuckerkandl), il s'est toujours agi d'un septum oblique. Il faut donc admettre que le septum, dans le cas d'Albrecht, est également oblique.

SCHEIER croit que, d'après le skiagramme, il s'agit également d'un septum oblique et non frontal.

NOUVELLES

I^e Congrès international laryngo-rhinologique.

JUBILÉ DE TÜRK-CZERMAK.

Vienne, 21-25 avril 1908.

Le I^{er} Congrès international de laryngologie et de rhinologie (jubilé de Türk-Czermak) s'est ouvert à Vienne, le 21 avril, sous le haut patronage de S. A. I. l'Archiduc François-Ferdinand. Il a réuni une très grande affluence de laryngologistes venus de tous les pays.

Il ne comprenait pas moins de 332 membres inscrits.

La première séance fut occupée par le discours d'ouverture du professeur Chiari; le rapport du secrétaire général, professeur Grossmann; un remarquable discours en l'honneur de Türk et Czermak par le président honoraire du Congrès, le professeur L. Schrötter Ritter von Cristelli; enfin, la visite de l'exposition.

La veille au soir, les membres du Congrès ont été reçus à l'hôtel de ville de Vienne par les représentants de la municipalité.

Parmi les noms des rapporteurs, nous relevons: Fraenkel, Lermoyez, Onodi, Kuhn, Félix Semon, Burger, Gradenigo, Gleitsmann, Heryng, Iurasz.

Les Universités avaient envoyé les plus illustres de leurs délégués; les grandes Sociétés savantes de rhino-laryngologie étaient représentées par leurs membres les plus autorisés.

Nous donnerons dans un de nos plus prochains numéros de compte rendu du Congrès.

XVI^e Congrès international de médecine.

Budapest, 29 août-4 septembre 1909.

Voyage. — Le Comité exécutif s'est efforcé de faciliter à MM. les congressistes de prendre part à la réunion de Budapest, notamment en sollicitant des réductions de prix pour le parcours sur les chemins de fer hongrois et étrangers, ainsi que sur diverses lignes de navigation. Une circulaire ultérieure, donnant des renseignements à cet égard, sera envoyée aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Logements. — Les dispositions pour assurer le logement de MM. les congressistes pendant leur séjour à Budapest seront portées à leur connaissance par une circulaire qui sera publiée le 30 avril 1909, au plus tard.

Langues du Congrès. — Sur les vives instances de plusieurs confrères italiens, le comité exécutif a décidé que, conformément aux précédents de Paris, Madrid, etc., la langue italienne pourra être employée, — comme les langues française, allemande et anglaise, — aussi bien

dans les séances solennelles et plénières que dans les séances des sections.

Cette disposition complète l'article 16 du règlement du Congrès.

Séances générales. — Le Comité exécutif a invité quelques éminentes personnalités des sciences médicales à prendre la parole dans les Séances générales du Congrès. Il croit pouvoir compter sur leur précieux concours.

Dans une de ces réunions, une conférence sera faite sur les cours de perfectionnement des études médicales dans les divers grands pays du monde.

Rapports. — En présence du grand nombre des rapports officiels, et afin de faciliter leur impression, nous recommandons à MM. les rapporteurs d'envoyer leurs travaux au secrétariat général du Congrès dès qu'ils seront prêts, sans attendre la date fixée dans le règlement pour leur remise.

Pour la même raison, nous les prions aussi de vouloir bien limiter au strict nécessaire le texte, les tableaux, les figures.

Tableaux et figures, — dessins ou clichés, — doivent accompagner le texte du rapport et être soigneusement marqués, afin d'éviter toute possibilité d'erreur dans le placement.

Publications. — MM. les congressistes recevront gratuitement :

1° Avant le Congrès : les rapports de la section dans laquelle ils se seront fait inscrire ; si un congressiste s'inscrit dans plusieurs sections, il recevra les rapports de celle indiquée en premier sur son bulletin d'adhésion ;

2° A l'ouverture et pendant le cours de l'assemblée : diverses publications ;

3° A une date postérieure : le volume général et les comptes rendus de la section dans laquelle ils étaient inscrits ; si un congressiste était inscrit dans plusieurs sections, il recevra les comptes rendus de celle indiquée en premier sur son bulletin d'adhésion.

MM. les congressistes peuvent aussi souscrire à la collection complète des comptes rendus au prix de 150 couronnes, ou encore aux comptes rendus des sections autres que celles dont ils recevront les travaux au prix de 10 couronnes par section. En raison du tirage limité, on est prié d'envoyer le montant de ces souscriptions en même temps que la cotisation, jusqu'au 31 mars 1909 au plus tard.

Comité international des voyages d'études médicales. — Le Comité international des voyages d'études médicales tiendra à Budapest, pendant le Congrès, son assemblée générale.

Fêtes et réunions. Excursions. — Le programme des fêtes, réunions amicales et excursions organisées à l'occasion du Congrès sera publié jusqu'au 30 avril 1909, au plus tard.

Commission d'organisation.

BUREAU.

Président honoraire : professeur Fr. de Korányi.

Président : professeur C. Müller.

Secrétaire général : professeur E. de Grösz.

Trésorier : professeur J. de Elischer.

Secrétaire général adjoint : Dr L. Vermes.

Secrétaires : Dr I. Bassa, Dr L. de Liebermann jnr.

Comités nationaux.

FRANCE. — *Président* : professeur Landouzy, Paris.

Secrétaire : Dr R. Blondel, Paris.

Programme provisoire.

SECTION XV. — Rhinologie et laryngologie.

RAPPORTS.

BAUROWICZ (Krakau). — Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.
BOUMANN (Amsterdam). — S. *Zwaardemaker*.
BRESGEN (Wiesbaden). — Heufieber, nervöses Asthma und Schwellung der Nasenschleimhaut.

BURGER (Amsterdam). — Nasaler Schwindel.

CASTEX (Paris). — Traitement opératif des tumeurs malignes du nez et du pharynx.

CHIARI (Wien). — Die Diagnose und Behandlung des Larynx-carcinoms.

CITELLI (Catane). — Les végétations adénoïdes.

DENKER (Erlangen). — Die orbitalen Affectionen der Nasen-Nebenhöhlenerkrankungen.

EICKEN (Freiburg i/Br.). — V. *Killian*.

GLUCK (Berlin). — Die Diagnose und Behandlung des Larynx-carcinoms.

GROSSMANN (Wien). — Ueber das nasale Asthma.

HAJEK (Wien). — Erkrankungen des Siebbeinzellenlabyrinthes und der Keilbeinhöhle.

HERYNG (Warschau). — Die chirurgische Behandlung der Larynx-tuberculose.

KILLIAN und EICKEN (Freiburg i/B.). — Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden.

KUBO (Fukuoka, Japan). — Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf- und Luftröhren-Stenosen.

LUC (Paris). — Complications craniennes et intracraniennes des suppurations du sinus frontal.

MASSEI (Napoli). — La pratica chirurgica dell' Larynge tuberculosa.

MOURE (Bordeaux). — Traitement opératoire des tumeurs malignes du nez et du pharynx.

SARGNON (Lyon). — Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.

SCHADLE (Saint-Paul, U. S. A.). — Hay-fever, asthma and other neurones of nasal origin.

SCHMIEGELOW (Copenhage). — Primary malignant disease of the trachea treated by resection of the trachea.

SCHRÖTTER (Wien). — Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.

SEMON (London). — The diagnostic and treatment of the cancer of the larynx.

UCHERMANN (Christiania). — Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf- und Luftröhren-Stenosen.

ZWAARDEMAKER (Utrecht) und BOUMAEN (Amsterdam). — Experimentelle Phonetik vom medizinischen Standpunkte.

SECTION XVI. — Otologie.

En même temps VIII^e Congrès international d'otologie.

RAPPORTS.

- ALEXANDER (Wien). — Die entzündlichen Labyrinthkrankungen.
 BIEHL (Wien). — Brier'sche Stauungshyperämie bei Ohrenkrankheiten.
 BOTEY (Barcelone). — Faut-il ou ne faut-il pas lier la jugulaire interne dans les thrombophlébites du sinus transverse ?
 BRIEGER (Breslau). — Über den Wert der Jugularis-Unterbindung bei otogener Pyämie.
 BRUHL (Berlin). — Hörprüfung und die Resultate der anatomischen Untersuchung bei Otosclerose und der nervösen Schwerhörigkeit.
 CHEATLE (London). — Sclerosis of the temporal bone resulting from middle ear suppuration.
 COMPAIRED (Madrid). — Diagnostic et traitement d'abcès purulents intra et extracérébraux d'origine otitique.
 DELSAUX (Bruxelles). — Des variations de la formule hématologique dans les complications endocraniennes de l'otite.
 DENCH (New-York). — Diagnostic et traitement de la méningite aiguë otogène.
 DENKER (Erlangen). — Anatomie der Taubstummheit.
 FRIEDRICH (Kiel). — Klinisches über die nichteitrigen Erkrankungen des Labyrinths.
 GRAZZI (Florence). — Traitement médical conservateur des otites moyennes chroniques.
 HABERMANN (Graz). — Otosclerosis.
 HAUG (München). — Die konservative Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen.
 HEIMANN (Varsovie). — Otosclerosis.
 JACQUES (Nancy). — L'inspection otologique de l'école.
 JEARSLEY (London). — The treatment of chronic non suppurative middle-ear inflammation.
 LERMOYER (Paris). — Diagnostic et traitement de la méningite aiguë otogène.
 LOMBARD (Paris). — Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil dans leurs rapports avec les suppurations auriculaires.
 MACNAUGHTON-JONES (London). — The prophylactic treatment of suppurative states of the middle-ear, anticipative of indications for radical operations of any kind.
 MÖLLER (Copenhagen). — Des surdités chroniques progressives et de leurs classifications.
 MOURE (Bordeaux). — Des interventions à faire sur le golfe de la veine jugulaire.
 MOURET (Montpellier). — Des voies de propagation des infections de l'oreille moyenne vers l'intérieur du crâne.
 PANSE (Dresden). — Histologie der Hörprüfungsergebnisse.
 PRITCHARD (London). — Otosclerosis.
 SCHMIEGELOW (Copenhagen). — Traitement de la labyrinthite suppurative.

SIEBENMANN (Basel). — Otosclerosis.

SPIRA (Krakau). — Bier'sche Stauungshyperämie bei Ohrenkrankheiten.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — Indications et contre-indications de l'anesthésie générale dans les opérations oto-rhino-laryngologiques.

TAPTAS (Constantinople). — Thrombophlébite du sinus latéral d'origine otique.

TRÉTRÔP (Anvers). — Les labyrinthites.

— Rapport sur la terminologie otologique.

UCHERMANN (Christiania). — Sur la sinusophlébite et la sinusothrombose otogènes en considération de la prognose et du traitement.

WITTMACK (Iéna). — Erkrankungen des Hörnerven.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE (Coca-Théine analgésique Panodun) MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

OUVRAGES ENVOTÉS AUX ANNALES.

MOROCHOWETZ : *Die Grundlaute der Menschlichen Sprache. Ein universal Alphabet*, Hirschwald, éditeur, Berlin, 1908.

LÉO KATZ : *Die Kraukhedtere der Naseuscheide Naud*, Curt Kabitsche (A. Stuber's), éditeur, Würzburg, 1908.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

CORBEIL. — Imprimerie ÉD. CRÉTÉ.

